



Université Lille 2
Droit et Santé



Institut d'Orthophonie
Gabriel DECROIX

MEMOIRE

En vue de l'obtention du
Certificat de Capacité d'Orthophonie
présenté par :

Félicie PASQUIER et Laura LEFEVRE

soutenu publiquement en juin 2013 :

**Intervention orthophonique sur les troubles
d'oralité alimentaire présents chez des
enfants autistes suivis en SESSAD
Proposition de pistes de prise en charge**

MEMOIRE dirigé par :

Anne LORENDEAU, Orthophoniste, CMP Itep, Croix

Morgane LE GALLOUDEC, Orthophoniste, SESSAD SAS, Paris

Lille – 2013

Remerciements

Tout d'abord, merci à Mathias, Rémi, Alphonse, Franck, Sylvain et Louise, enfants et adolescents de nos SESSAD qui ont participé à la réalisation de ce mémoire, ainsi qu'à leurs parents.

Merci à toute l'équipe de nos SESSAD respectifs pour leur accueil, investissement et confiance.

Nous remercions Mme Lorendeau et Mme Le Galloudec de nous avoir accompagnées tout au long de notre travail. Leurs expériences pratiques ont pu élargir notre vision et orienter nos recherches.

Nous tenons à remercier nos maîtres de stage, Lucile Henry et Morgane Le Galloudec, pour nous avoir laissé une grande liberté d'intervention auprès des cas cliniques, tout en apportant de nouvelles idées.

Un grand merci à Lysianne Nogent, Carole Maniez, Line Cogoluenhes et Catherine Senez pour leurs réponses à nos questionnements.

Plus personnellement, nos remerciements vont à nos familles et ami(e)s qui nous ont soutenues tout au long de l'année. Merci à nos hôtes lilloises fort accueillantes et à Aliénor pour nous avoir généreusement permis d'utiliser l'appartement comme salle de travail ainsi que Lucie pour ses talents de traductrice.

Résumé :

Véritable problématique de santé publique, l'autisme touche actuellement un grand nombre d'enfants, 1/150 d'après l'HAS (2009). L'intervention orthophonique auprès de ces enfants porteurs d'autisme s'intéresse aux troubles de la communication les caractérisant, mais qu'en est-il des problèmes d'oralité alimentaire ? Plusieurs études suggèrent que ces enfants présentent fréquemment des troubles d'alimentation. Dans un premier temps, nous avons présenté un état des lieux non exhaustif des troubles d'alimentation et des moyens de les prendre en charge. Ensuite, nous avons procédé à une prise en charge orthophonique de 6 enfants et adolescents autistes de 6 à 14 ans, suivis en SESSAD, présentant des troubles d'alimentation. Après s'être renseignées auprès des parents et professionnels autour de l'enfant, nous avons évalué leurs troubles d'oralité alimentaire au moyen d'épreuves que nous avons créées. Une rééducation personnalisée à chaque enfant a été entreprise sur une durée de 4 mois, à raison de 15 à 30 minutes hebdomadaires. Nos résultats, faisant suite à une évaluation post-intervention, mettent en évidence des progrès concernant l'acceptation des aliments, plus ou moins importants selon les cas cliniques. Enfin, nous avons dégagé de nos recherches théoriques et expérimentations pratiques, des pistes de prise en charge des troubles d'oralité alimentaire chez des enfants autistes à destination des orthophonistes.

Mots-clés :

Orthophonie- Autisme- Rééducation- Enfants- Adolescents- Troubles d'alimentation

Abstract :

Autism is a real issue of public health, it now affects a large number of children, 1/150 according to the HAS (2009). Speech therapists' intervention with the young autists is focused in communication disorders that characterized them, but what about oral feeding disorders ? Several studies suggest that these children frequently have eating disorders. Firstly, we presented non-exhaustive inventory of eating disorders and how to treat them. Then we made a rehabilitation for 6 children and adolescents with autism, who are between 6 and 14 and who are being looked after in a SESSAD, with eating disorders. After having investigated parents and professionals close to the children, we evaluated their oral feeding disorders through tests that we created. A rehabilitation personalized to each child was conducted over a period of four months, for 15 to 30 minutes weekly. Our results, following a post-intervention evaluation, highlight progress on the acceptance of food, more or less important depending on the participants. Finally, from our theoretical and practical experiments, we suggested some tools to treat feeding disorders of children with autism for speech therapists

Keywords :

Speech therapy- Autism- Rehabilitation- Children- Adolescents- Feeding disorders

Table des matières

Introduction.....	1
Contexte théorique, buts et hypothèses.....	3
1.Oralité et alimentation.....	4
1.1.Définition de l'oralité.....	4
1.1.1.Définition didactique.....	4
1.1.2.La notion psychanalytique du plaisir.....	4
1.1.3.La bouche au carrefour du dedans et du dehors.....	5
1.2.Le développement de l'oralité.....	5
1.2.1.Avant la naissance.....	5
1.2.2.L'oralité primaire.....	6
1.2.2.1.L'oralité primaire verbale.....	6
1.2.2.2.L'oralité primaire alimentaire.....	6
1.2.3.L'oralité secondaire.....	6
1.2.3.1.L'oralité secondaire verbale.....	7
1.2.3.2.L'oralité secondaire alimentaire	7
1.2.3.2.1.La double stratégie alimentaire.....	7
1.2.3.2.2.La mastication ou oralité dentée.....	7
1.2.3.3.Déglutition adulte.....	8
1.2.3.3.1.Les trois phases de la déglutition adulte.....	8
1.2.3.3.2.Le contrôle nerveux de la déglutition.....	9
1.3.Le développement de la sensorialité.....	9
1.3.1.Par le liquide amniotique.....	9
1.3.2.Lors des premières tétées.....	10
1.3.3.La langue : organe multi-sensoriel.....	10
1.3.4.Les préférences gustatives.....	10
1.3.5.Le réflexe nauséeux dans le développement.....	11
1.3.6.Néophobie alimentaire dans le développement normal.....	11
1.4.Manger : une tâche complexe.....	12
2.Troubles d'alimentation et autisme.....	13
2.1.Les troubles d'alimentation.....	13
2.1.1.Distinction : Dysphagie/Déglutition atypique/Syndrome de dysoralité..	13
2.1.1.1.Dysphagie.....	13
2.1.1.2.Déglutition atypique.....	13
2.1.1.3.Syndrome de dysoralité.....	13
2.1.2.Fréquence des troubles alimentaires de l'enfance.....	14
2.1.3.Absence de classification consensuelle des troubles d'alimentation...	14
2.2.Les causes des troubles d'alimentation.....	16
2.2.1.Les causes organiques opposées aux causes psychologiques.....	16
2.2.2.Hyper-nauséeux : cause des troubles alimentaires.....	17
2.2.2.1.Notion d'hyper-nauséeux.....	17
2.2.2.2.Évaluation et classification des refus alimentaires.....	18
2.2.2.3.Évaluation et classification du réflexe nauséeux.....	18
2.3.Autisme et troubles envahissants du développement.....	19
2.3.1.Classification.....	19
2.3.2.Prévalence.....	20
2.3.3.Spécificités de fonctionnement.....	20
2.4.Les troubles d'alimentation chez les personnes autistes/TED.....	21
2.4.1.Prévalence.....	21
2.4.2.Description des troubles rencontrés.....	21
2.4.2.1.Problème de sensibilité sensorielle.....	22

2.4.2.2.Problème praxique oral.....	23
2.4.2.3.Problème de comportement.....	23
2.4.2.4.Autres troubles des conduites alimentaires rencontrés.....	23
2.4.3.Facteurs associés et aggravants.....	24
2.4.3.1.Problèmes gastro-intestinaux.....	24
2.4.3.2.Allergies et intolérances alimentaires.....	24
2.4.3.3.Traitements médicamenteux.....	24
2.4.4.Hypothèses explicatives.....	25
2.4.4.1.Particularités sensorielles.....	25
2.4.4.2.Facteurs communicationnels et sociaux.....	26
2.4.4.3.Facteurs moteurs.....	26
2.4.4.4.Intérêts restreints et stéréotypés.....	27
2.4.4.5.Particularités cognitives.....	27
2.4.4.6.Choix alimentaires familiaux.....	28
2.4.5.Impacts sur la vie quotidienne.....	28
2.4.5.1.Conséquences sur la santé de l'enfant.....	28
2.4.5.2.Conséquences sur la sphère familiale et sociale.....	29
2.4.6.Evaluation des troubles d'alimentation chez les enfants autistes.....	29
3.Interventions sur les troubles d'alimentation.....	30
3.1.Adaptations de l'environnement.....	30
3.1.1.Adaptation de la situation de communication.....	30
3.1.2.Réduction des stimulations sensorielles.....	30
3.1.3.Adaptation de l'espace et du temps.....	31
3.1.4.Installation et posture.....	31
3.1.5.Adaptation des ustensiles.....	31
3.1.6.Adaptation des textures.....	32
3.1.7.Supplémentation orale.....	32
3.2.Approches des troubles d'alimentation.....	32
3.2.1.Approches sensorielles.....	32
3.2.1.1.Intégration et désensibilisation sensorielles.....	33
3.2.1.2.Les massages intra-buccaux de désensibilisation de Senez (2002)	33
3.2.2.Désensibilisation par introduction hiérarchique d'aliments.....	36
3.2.3.Approches comportementales.....	36
3.2.3.1.Principe du renforcement.....	37
3.2.3.2.Quelques exemples d'interventions comportementales.....	37
3.2.4.Articulation des différentes approches en orthophonie.....	38
4.Buts et hypothèses.....	39
Sujets, matériel et méthode.....	40
1.Sujets.....	41
1.1.Présentation des SESSAD.....	41
1.1.1.SESSAD X.....	41
1.1.2.SESSAD Y.....	41
1.2.Critères de choix de la population étudiée.....	42
2.Méthodologie.....	43
2.1.Démarches préalables auprès de nos SESSAD.....	43
2.1.1.Observation d'un atelier sensoriel et d'un atelier repas.....	43
2.1.2.Présentation de notre sujet de mémoire et accord pour notre intervention.....	43
2.1.3.Sélection des cas cliniques.....	44
2.2.Enquêtes auprès des parents et professionnels concernés par les troubles d'alimentation chez les enfants autistes.....	44

2.2.1. Rencontres avec des orthophonistes sensibilisées aux problèmes d'oralité alimentaire.....	45
2.2.2. Questionnaire aux parents.....	45
2.2.3. Questionnaire aux professionnels.....	45
2.2.4. Diffusion des questionnaires.....	46
2.3. Évaluation des troubles d'alimentation de nos cas cliniques.....	46
2.3.1. Questionnaire aux professionnels.....	46
2.3.2. Entretien avec les parents.....	47
2.3.3. Notre évaluation des troubles d'alimentation.....	47
2.3.3.1. Epreuve de connaissance des aliments.....	48
2.3.3.2. Epreuve des praxies bucco-faciales.....	48
2.3.3.3. Observation du comportement lors de la présentation d'aliments.....	49
2.4. Prise en charge de l'oralité alimentaire.....	50
2.4.1. Idée d'un protocole commun.....	50
2.4.2. Prise en charge individualisée.....	52
2.5. Présentation, évaluation et prise en charge des cas cliniques.....	53
2.5.1. Mathias.....	53
2.5.1.1. Prises en charge au SESSAD.....	53
2.5.1.2. Niveau de communication et de langage.....	53
2.5.1.3. Contexte des troubles alimentaires.....	54
2.5.1.4. Evaluation de l'oralité alimentaire.....	54
2.5.1.5. Prise en charge de l'oralité alimentaire.....	55
2.5.1.5.1. Objectifs de prise en charge.....	55
2.5.1.5.2. Moyens mis en place et déroulement des séances.....	55
2.5.2. Rémi.....	56
2.5.2.1. Prises en charge au SESSAD.....	56
2.5.2.2. Niveau de communication et de langage.....	57
2.5.2.3. Contexte des troubles alimentaires.....	57
2.5.2.4. Evaluation de l'oralité alimentaire.....	57
2.5.2.5. Prise en charge de l'oralité alimentaire.....	58
2.5.2.5.1. Objectifs de prise en charge.....	58
2.5.2.5.2. Moyens mis en place et déroulement des séances.....	58
2.5.3. Alphonse.....	59
2.5.3.1. Prises en charge au SESSAD.....	59
2.5.3.2. Niveau de communication et de langage.....	59
2.5.3.3. Contexte des troubles alimentaires.....	60
2.5.3.4. Evaluation de l'oralité alimentaire.....	60
2.5.3.5. Prise en charge de l'oralité alimentaire.....	61
2.5.3.5.1. Objectifs de prise en charge.....	61
2.5.3.5.2. Moyens mis en place et déroulement des séances.....	62
2.5.4. Franck.....	63
2.5.4.1. Prises en charge au SESSAD.....	63
2.5.4.2. Niveau de communication et de langage.....	64
2.5.4.3. Contexte des troubles alimentaires.....	64
2.5.4.4. Evaluation de l'oralité alimentaire.....	64
2.5.4.5. Prise en charge de l'oralité alimentaire.....	65
2.5.4.5.1. Objectifs de prise en charge.....	65
2.5.4.5.2. Moyens mis en place et déroulement des séances.....	65
2.5.5. Sylvain.....	67
2.5.5.1. Prises en charge au SESSAD.....	67
2.5.5.2. Niveau de communication et de langage.....	67
2.5.5.3. Contexte des troubles alimentaires.....	67

2.5.5.4.Evaluation de l'oralité alimentaire.....	68
2.5.5.5.Prise en charge de l'oralité alimentaire.....	68
2.5.5.5.1.Objectifs de prise en charge.....	68
2.5.5.5.2.Moyens mis en place et déroulement des séances.....	69
2.5.6.Louise.....	71
2.5.6.1.Prises en charge au SESSAD.....	71
2.5.6.2.Niveau de communication et de langage.....	71
2.5.6.3.Contexte des troubles alimentaires.....	71
2.5.6.4.Evaluation de l'oralité alimentaire.....	72
2.5.6.5.Prise en charge de l'oralité alimentaire.....	72
2.5.6.5.1.Objectifs de prise en charge.....	72
2.5.6.5.2.Moyens mis en place et déroulement des séances.....	73
Résultats.....	74
1.Mathias.....	75
1.1.Résultats comparatifs pré et post-intervention.....	75
1.2.Résultats qualitatifs au cours des séances.....	76
2.Rémi.....	77
2.1.Résultats comparatifs pré et post-intervention.....	77
2.2.Résultats qualitatifs au cours des séances.....	77
3.Alphonse.....	77
3.1.Résultats comparatifs pré et post-intervention.....	77
3.2.Résultats qualitatifs au cours des séances.....	78
4.Franck.....	79
4.1.Résultats comparatifs pré et post-intervention.....	79
4.2.Résultats qualitatifs au cours des séances.....	79
5.Sylvain.....	80
5.1.Résultats comparatifs pré et post-intervention.....	80
5.2.Résultats qualitatifs au cours des séances.....	80
6.Louise.....	81
6.1.Résultats comparatifs pré et post-intervention.....	81
6.2.Résultats qualitatifs au cours des séances.....	82
7.Pistes de prise en charge de l'oralité alimentaire d'enfants et adolescents autistes à destination des orthophonistes.....	83
Discussion.....	87
1.Synthèse et critique des principaux résultats observés.....	88
2.Critiques méthodologiques et problèmes rencontrés.....	89
2.1.Partie théorique.....	89
2.2.Enquêtes auprès des parents et professionnels concernés par les troubles d'alimentation chez les enfants autistes.....	91
2.3.Critères de choix de la population étudiée.....	92
2.4.Evaluation.....	92
2.5.Echanges avec les parents de nos cas cliniques.....	93
2.6.Prises en charge.....	94
2.7.Validation des hypothèses.....	95
2.7.1.Les professionnels prenant en charge des enfants autistes sont confrontés aux troubles d'alimentation.....	95
2.7.2.L'évaluation de la connaissance des aliments, des praxies bucco- faciales et l'observation des comportements face à des aliments ciblent les troubles d'alimentation des enfants autistes.....	95
2.7.3. Une prise en charge orthophonique de l'oralité alimentaire, de 15 à 30 min minimum par semaine, réduit les troubles d'alimentation chez les enfants autistes.....	96

2.8.Réintégration de notre travail dans le champ de l'orthophonie et apports professionnels.....	97
2.8.1.Généralisation conceptuelle et théorique de notre travail	97
2.8.2.Apports professionnels pour notre future pratique.....	98
Conclusion.....	100
Bibliographie.....	102
Liste des annexes.....	110

Introduction

L'autisme touche actuellement un grand nombre d'enfants, 1/150 d'après l'HAS (2009). Véritable problématique de santé publique, le 3ème plan autisme a été présenté le 2 mai 2013 par le gouvernement français. L'intervention orthophonique auprès de ces enfants porteurs d'autisme¹ s'intéresse aux troubles de la communication les caractérisant, mais qu'en est-il des problèmes d'oralité alimentaire ?

Plusieurs études suggèrent que ces enfants présentent fréquemment des troubles d'alimentation. La mise en péril de cette fonction vitale, peut être angoissante pour les parents et engendrer des complications médicales chez l'enfant. Partie intégrante du domaine de l'oralité, la remédiation des troubles d'alimentation est un des actes pris en charge par les orthophonistes. Ces derniers ont-ils les clés pour prendre en charge les troubles d'oralité alimentaire dans le cadre de l'autisme ? L'absence de cours spécifiques sur ce sujet durant notre formation initiale, nous a poussées à étudier la problématique suivante : Comment prendre en charge les troubles d'alimentation chez les enfants autistes ?

Dans une première partie, nous exposerons les concepts théoriques qui ont guidé notre recherche. Nous développerons en premier lieu la notion d'oralité puis les troubles d'alimentation propres à l'autisme et enfin leur prise en charge.

Dans une seconde partie, nous détaillerons la démarche méthodologique de notre travail quant à l'élaboration, la mise en place et le déroulement de prises en charge individuelles des troubles d'oralité alimentaire chez 6 enfants et adolescents autistes suivis en SESSAD.

Nous présenterons ensuite les résultats post-intervention qui nous ont permis de dégager des pistes de rééducation à destination des orthophonistes.

Enfin, ces résultats seront discutés au regard des données théoriques qui sous-tendent ce sujet.

1 Pour faciliter la lecture nous remplacerons tout au long de notre mémoire les termes « porteur d'autisme » par « autiste ».

Contexte théorique, buts et hypothèses

Les troubles d'oralité alimentaire sont fréquemment retrouvés chez les autistes. Nous aborderons dans un premier temps les notions d'oralité et d'alimentation puis nous nous pencherons sur les troubles d'alimentation des enfants autistes et enfin sur les moyens mis en place pour les diminuer.

1. Oralité et alimentation

1.1. Définition de l'oralité

1.1.1. Définition didactique

Le terme « oralité » est issu du latin « os, oris », la bouche et revêt différentes définitions. Le petit Robert 2013 décrit l'oralité au sens didactique comme « caractère oral [de la parole, du langage, du discours] ». Le dictionnaire d'Orthophonie (Brin 2004) l'oppose simplement au mode d'articulation nasale.

L'oralité puise véritablement son origine dans le vocabulaire de la psychanalyse.

1.1.2. La notion psychanalytique du plaisir

C'est Freud en 1905 qui a introduit cette notion dans ses « Trois essais sur la théorie sexuelle ». Il présente trois stades de l'évolution libidinale de l'enfant : le stade oral, le stade anal et le stade phallique. Chacune de ces étapes est centrée sur une zone érogène, nous nous intéressons ici au premier stade, ciblant la sphère buccale. Ce stade oral, qui a lieu lors de la première année de vie, est caractérisé par le suçotement. L'enfant retrouve dans cette activité le plaisir que lui procure le sein maternel ou le biberon lors de la tétée. Pour Freud, cette sensation de plaisir viendrait de « l'afflux de lait chaud ». Le premier stade de l'activité sexuelle, serait donc lié à la satisfaction du besoin alimentaire. De même, Ajuriaguerra (1978) stipule que l'activité de succion joue un rôle dans les premières organisations émotionnelles de l'enfant et est au centre de ses premières fantasmatisations.

Quand sa mère le nourrit, le nourrisson éprouve du plaisir non seulement parce qu'elle comble sa faim mais aussi parce qu'elle le porte, l'enveloppe de sa voix, de son odeur, de ses gestes. Pour Bullinger (2006), la satiété est atteinte avec sa dimension hédonique après la chronologie d'événements du repas : « mise en forme du corps, capture, exploration, succion, déglutition ».

Outre la notion de plaisir, la psychanalyse nous renseigne sur l'importance de l'échange intérieur-extérieur qui a lieu au niveau buccal.

1.1.3. La bouche au carrefour du dedans et du dehors

Anatomiquement, la sphère buccale délimite le dedans du dehors et a un rôle central dans l'établissement de la limite du soi et du non-soi. Comme le rappelle Golse et al. (2004), l'oralité contribue à la construction de la personnalité du nourrisson. En s'alimentant, c'est-à-dire en faisant entrer du dehors dans son dedans, les processus d'introjection et d'identification se mettent en place.

L'oralité désigne l'ensemble des activités orales donc réalisées par la bouche (Thibault 2012a). Elle est « fondatrice de l'être » dans la mesure où tout ce que peut faire l'homme en échange avec l'environnement extérieur est sous-tendu par des enjeux d'oralité (Thibault 2007). Par la bouche nous pouvons sucer, respirer, communiquer, manger, embrasser... La sphère buccale est ainsi au carrefour de nombreuses fonctions : respiration, relation, nutrition (déglutition et mastication) et expression (mimique et vocalisation).

1.2. Le développement de l'oralité

L'oralité verbale se construit chez l'enfant conjointement à son oralité alimentaire. De la conception aux premiers mois de vie, oralité primaire et secondaire se succèdent (Thibault 2012a).

1.2.1. Avant la naissance

Les débuts de l'oralité sont objectivés par le réflexe de Hooker, au cours du troisième mois de grossesse. En effet, une succion apparaît lorsque les lèvres perçoivent une stimulation par la main du fœtus, la bouche s'ouvre alors pour laisser sortir la langue. Ce réflexe inné, auto-érotique permet à l'embryon de devenir fœtus en prenant possession de son corps vers la dixième semaine. Le mouvement de langue est antéro-postérieur et potentialise une bonne croissance de la cavité buccale.

La succion apparaît donc avant la déglutition qui se développe entre la douzième et la quinzième semaine intra-utérine (Thibault 2003). Le couple « succion-déglutition » est visible dès la quinzième semaine à l'échographie (Abadie 2004) et va se parfaire pendant toute la fin de la vie foetale grâce aux noyaux moteurs du tronc cérébral.

1.2.2. L'oralité primaire

A la naissance, le nouveau-né est doté d'une succion-déglutition réflexe à organisation bulbaire qui va lui permettre de s'alimenter (Senez 2002).

Le nourrisson peut partager sa première expression de soi par le cri - c'est l'oralité primitive verbale - et se procurer son premier plaisir par la tétée, c'est l'oralité primaire alimentaire.

1.2.2.1. L'oralité primaire verbale

C'est le stade des vocalisations réflexes ou quasi-réflexes où se mêlent cris et sons végétatifs comme les bâillements, gémissements, soupirs et raclements. En parallèle de ces vocalisations à qualité souvent nasale, l'oralité primaire alimentaire se développe.

1.2.2.2. L'oralité primaire alimentaire

Le réflexe de succion est amorcé par toutes stimulations sensorielles des lèvres, de la muqueuse du prémaxillaire ou de la langue. Ces stimulations peuvent être d'afférences tactiles, gustatives, olfactives ou déclenchées par la faim. La langue et les lèvres s'avancent vers la source d'excitation, les lèvres ensèrent le mamelon ou la tétine et la langue recule. S'en suivent deux ou trois mouvements linguaux antéro-postérieurs rapides et une respiration nasale, avec la bouche en occlusion totale. L'enfant faisant entièrement confiance dans le lait maternel, une déglutition réflexe à l'arrivée de l'aliment à l'isthme du gosier suit le temps de succion. Senez (2012) rappelle que la durée des tétées est très rapide puisque l'essentiel est pris pendant les quatre premières minutes.

Cette oralité primaire, succionnelle, réflexe, appelée le « suckling » est progressivement doublée puis relayée par une nouvelle stratégie alimentaire.

1.2.3. L'oralité secondaire

L'oralité secondaire est une phase volontaire, un apprentissage praxique, possible grâce à un contrôle cortical. C'est lors de cette phase que le lien entre oralité verbale et alimentaire prend tout son sens. En effet, les praxies de mastication et celles du langage se construisent parallèlement en utilisant les mêmes organes et les mêmes voies neurologiques.

1.2.3.1. L'oralité secondaire verbale

Le nourrisson met en place des mécanismes respiratoires et phonatoires qui lui permettent d'émettre des sons de plus en plus longs, se rapprochant davantage du répertoire de sa langue. Du babillage à l'acquisition des phonèmes puis des premiers mots, on arrive à un langage articulé.

1.2.3.2. L'oralité secondaire alimentaire

Le passage à la cuiller vers 4-7 mois coexiste avec la succion et permet une sorte de passerelle entre oralités alimentaires primaire et secondaire.

1.2.3.2.1. La double stratégie alimentaire

Il s'agit d'une alimentation à la fois par succion et par cuiller. Le nouveau-né va garder cette double stratégie à sa disposition pendant une à deux années dans les pays occidentaux (Thibault 2012a). D'après Senez (2002), il est important d'observer ce passage à la cuiller qui peut entraîner des hurlements d'indignation. Cette nouvelle manière de s'alimenter, dépendante du rythme de présentation de la cuiller, peut ne pas s'ajuster au rythme de l'enfant, habitué à obtenir satiété au bout de quatre minutes d'alimentation liquide.

Le passage à la cuiller n'est pas forcément lié à la présence des dents, il est d'ordre neurologique puisqu'il impose une maturité corticale. Il s'agit en effet d'une praxie complexe mise en place, entre autres par imitation et qui nécessite des aptitudes praxiques, visuelles, posturales et de préhension. Le nourrisson est anatomiquement programmé à la naissance pour le « suckling ». Il acquiert entre 6 et 12 mois, la « vraie » succion, appelée « sucking » qui correspond à des mouvements linguaux de bas en haut.

La double stratégie alimentaire aboutit à l'abandon de l'alimentation liquide lactée pour les solides, c'est le sevrage alimentaire.

1.2.3.2.2. La mastication ou oralité dentée

Vers 9-12 mois, en position assise, les mouvements linguaux et mandibulaires commencent à se dissocier, l'enfant peut alors malaxer. Vers 15-18 mois, cette dissociation s'affirme, la langue se muscle et repère sa future position de repos, les mouvements de diduction de la mandibule se coordonnent, pour que vers l'âge de 2 ans, avec l'apparition des prémolaires l'on voit un début de mastication. L'hélicoïdisation du geste mandibulaire, caractéristique finale de la mastication, requiert 4 à 6 années d'apprentissage. C'est à partir du trente-sixième mois que la

continence salivaire et l'utilisation coordonnée des outils du repas (cuillère, fourchette et couteau) sont fonctionnels.

Le raffinement gnoso-praxique oral des mouvements linguaux permettant une mastication adulte ne sera parfaitement organisé que vers l'âge de 6-7 ans.

La mastication évoluera encore avec l'apparition des dents définitives.

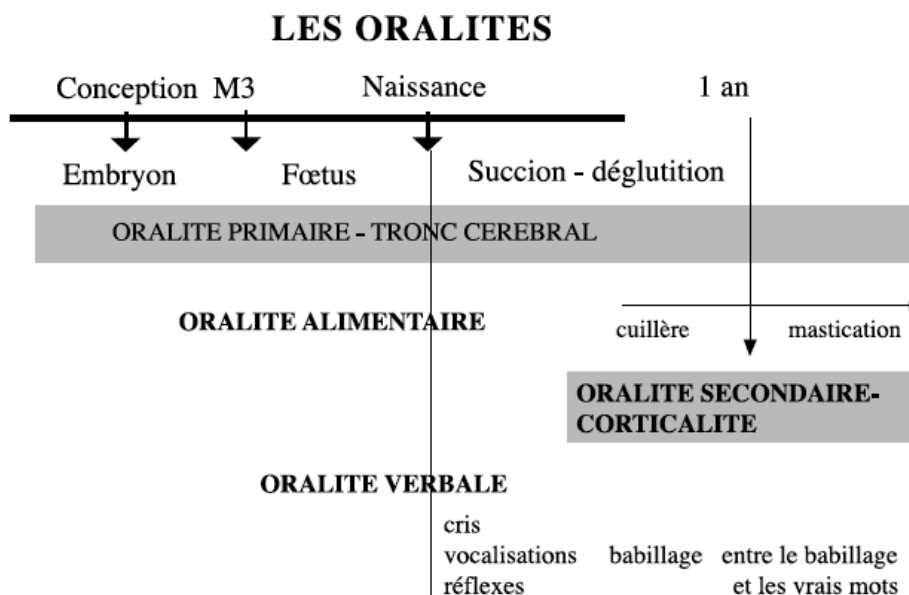


Figure 1 : Les oralités selon Thibault (2004)

Durant cette diversification alimentaire, l'enfant doit trouver un équilibre entre ce vers quoi il tend et ce qu'on lui propose de manger. C'est une étape importante sur le plan psychique car l'enfant prend conscience de son pouvoir sur l'environnement, il peut faire plaisir comme refuser l'aliment provoquant ainsi un stress à son entourage.

1.2.3.3. Déglutition adulte

La déglutition s'effectue jusqu'à 2000 fois par jour et est très rapide (1 à 1,5 seconde), ce qui représente à peu près 30 minutes journalières. On acquiert la déglutition adulte à partir de 18 mois et jusqu'à 9-10 ans selon les auteurs (Brin 2004). Elle n'est pas encore fonctionnelle chez la moitié des enfants jusqu'à l'âge de 8 ans (Thibault 2008).

1.2.3.3.1. Les trois phases de la déglutition adulte

La déglutition adulte s'effectue en trois temps:

1. le temps buccal : C'est un enchaînement d'actes volontaires sous contrôle cortical : l'apex lingual prend appui sur les plis alvéolaires, le dos de la langue se plaque fortement contre le palais dur, les masséters se contractent, les lèvres sont fermées sans être contractées et le bol est propulsé en arrière vers l'isthme bucco-pharyngé.

2. le temps pharyngien : une fois le bol projeté dans le pharynx, il y a un réflexe d'occlusion vélopharyngée (isolant le rinopharynx) et laryngée (évitant les fausses routes) et un péristaltisme du pharynx permettant la descente du bolus.

3. le temps oesophagien : une onde péristaltique réflexe transporte le bol alimentaire du sphincter supérieur de l'oesophage jusqu'à la partie supérieure de l'estomac, le cardia.

1.2.3.3.2. Le contrôle nerveux de la déglutition

Le centre nerveux de la déglutition se trouve dans le bulbe.

Cinq paires de nerfs crâniens sont mis en jeu lors de la déglutition :

- le nerf facial (VII) assure la contraction de l'orbiculaire des lèvres et des buccinateurs
- le nerf hypoglosse (XII) permet la motricité de la langue
- le nerf trijumeau (V) permet les mouvements de translation de la mandibule
- les nerfs glosso-pharyngien (IX) et pneumogastrique (X) assurent la commande de la déglutition et sa coordination avec la ventilation lors des réflexes de protection des voies respiratoires.

Il y a également un contrôle cortical permettant l'activation-inhibition volontaire de la déglutition. Il est effectué grâce aux voies supra-nucléaires reliant les cortex frontal et préfrontal aux noyaux du tronc cérébral.

1.3. Le développement de la sensorialité

La construction du « moi gustatif » se fait aux travers de trois phases sensorielles. Une phase visuelle pour apprécier l'aspect des aliments, une phase olfactive et une phase gustative (Thibault 2012a). Ces deux derniers sens se développent pendant la vie intra-utérine.

1.3.1. Par le liquide amniotique

Les papilles gustatives et les récepteurs olfactifs sont opérants dès la onzième semaine intra-utérine, lorsque le fœtus déglutit du liquide amniotique. Les sens du

goût et de l'odorat sont déjà matures et vont se développer au travers du liquide amniotique transportant ce que la mère a ingéré. Les effecteurs sensoriels de l'oralité foetale, c'est-à-dire le toucher, l'olfaction et le goût sont fonctionnels dès le deuxième trimestre de la vie intra-utérine. Les intégrations sensorielles du fœtus vont être relayées et renforcées à la naissance par la déglutition du lait.

1.3.2. Lors des premières tétées

A la naissance, le nourrisson se dirige vers le sein de sa mère, attiré par les phéromones maternelles qu'il connaît déjà, comme si un cordon ombilical sensoriel reliait la mère à son enfant (Senez 2004). Au fil des tétées, des connexions inter-neuronales vont s'établir afin de mémoriser les sensations dans l'aire sensitive de la pariétale ascendante et les schémas moteurs dans l'aire motrice de la frontale ascendante. Le fonctionnement réflexe se corticalise par les expériences sensori-motrices.

1.3.3. La langue : organe multi-sensoriel

La langue est tout d'abord l'organe du goût et perçoit par ses chimiorécepteurs les quatre saveurs : le sucré, le salé, l'acide et l'amer. Par ses mécanorécepteurs, la langue décode les stéréognosies (reconnaisances tactiles) : la température, les volumes, la consistance, les textures (Senez 2002).

La salive joue un rôle de médiateur qui diffuse le goût sur toute la surface de la langue. La langue ne perçoit pas les odeurs, c'est ainsi que ce que l'on appelle « goût » est constitué à 80% d'odorat. C'est donc grâce aux papilles gustatives de la langue et au système olfactif que l'on apprécie le goût complet d'un aliment.

1.3.4. Les préférences gustatives

Birch et al. (1999) ont publié d'importants travaux qui font autorité dans le domaine du développement des préférences alimentaires chez les enfants et adolescents (Chapelot et al. 2004). Ils mettent en évidence que les prédispositions génétiques et les facteurs environnementaux construisent les préférences alimentaires. Au niveau génétique, on naît avec une préférence innée pour les goûts sucrés et salés par rapport à l'amer et à l'acide. D'autre part, on a une prédisposition à préférer les aliments les plus familiers par association avec le contexte de consommation et les conséquences de l'ingestion. Mais d'après Reed et al. (1997) et Pérusse et al. (1994) cités par Birch et al. (1999), les variations inter-individuelles

des préférences alimentaires s'expliquent très peu par la génétique et trouvent leur origine dans les facteurs environnementaux.

Ainsi, les préférences alimentaires évoluent avec les expériences d'alimentation. Nous naissons avec une prédisposition à préférer le sucré mais ce goût peut vite être modulé par l'expérience alimentaire (Liem et al. 2002 cités par Louis-Sylvestre 2004).

En ce qui concerne le salé, une étude de Harris et al. (1990) cités par Birch (1999) suggère que les nouveaux-nés naissent avec une indifférence à ce goût et que vers 4 mois apparaissent une perception salée et une attirance pour cette saveur.

Concernant l'acide et l'amer, détestés à la naissance, les réponses gustatives se modifient une fois encore avec l'expérience selon Mennella et al. (1996) cités par Birch (1999).

Les goût sucré et salé sont innés contrairement aux goûts amer et acide qui font l'objet d'un apprentissage afin d'accepter au fur et à mesure les nouveaux aliments provoquant au départ un réflexe nauséeux.

1.3.5. Le réflexe nauséeux dans le développement

Il est à mettre en lien avec la discrimination sensorielle et non plus, comme nous l'avons longtemps pensé, avec un rôle de protection des voies aériennes. Cet automatisme fait partie des réflexes normaux d'un grand nombre de nouveau-nés et est très variable d'un individu à l'autre (Senez 2002). C'est une réaction de protection, par la reconnaissance au niveau gustatif et olfactif d'une stimulation nociceptive pour l'organisme. La respiration se bloque alors, le processus de déglutition s'inverse afin de ne pas avaler ou inhaler cette substance. Le nauséeux, très présent à la naissance, s'inhibe normalement vers 6-8 mois, moment où s'installe le mouvement volontaire par la corticalisation des réflexes et qui correspond à la période de diversité alimentaire. Plus tard, un autre phénomène de refus se développe, c'est la néophobie alimentaire.

1.3.6. Néophobie alimentaire dans le développement normal

Phénomène banal et universel, c'est la peur que suscitent les nouveaux aliments. Elle est prégnante chez les enfants de 2 à 10 ans avec un pic d'incidence entre 4 et 7 ans. Une étude longitudinale sur le développement de l'alimentation d'enfants de 2 à 8 ans, menée par Skinner et al. (2002) (cités par Chatoor 2009)

suggère qu'entre 2 et 4 ans les enfants acceptent davantage les nouveaux aliments qu'après 4 ans. L'enfant refuse alors de goûter, mais vers 7 ans il devient plus flexible et pourra reconnaître qu'il avait tort de s'y opposer. Quatre hypothèses, dont la pertinence n'a pas encore été assurée, expliqueraient la néophobie. On pourrait y voir une manière de s'opposer aux parents (« stade du non ») ou une recherche dans le domaine de l'alimentation d'une sécurité alors qu'à l'école les apprentissages se multiplient. Une troisième hypothèse serait la conséquence de l'autonomie croissante car l'enfant se demande si la nouveauté est bonne pour lui. Enfin, une rigidité dans la perception de l'aliment pourrait aussi expliquer la néophobie puisqu'il existe à cette période de vie autant d'aliments présents qu'il y a de manières de présenter un même produit (Rigal 2004). C'est la familiarisation avec l'aliment dans un contexte bienveillant qui supprimera ce rejet initial (Toomey 2002).

En lien avec la néophobie, les enfants peuvent présenter des périodes de « food jags » qui correspondent à la consommation d'un aliment unique repas après repas.

1.4. Manger : une tâche complexe

Manger est une activité quotidienne, tout à fait ordinaire pour la majorité d'entre nous, que nous pratiquons trois à cinq fois par jour. C'est un acte qui nous paraît simple mais qui est issu de l'apprentissage de plusieurs capacités.

Comme nous l'avons vu précédemment, s'alimenter per os demande une capacité motrice pour contenir, préparer, contrôler le bolus dans notre bouche et une capacité sensorielle pour découvrir les goûts, les odeurs, les textures et toutes sortes de combinaisons.

La capacité cognitive nous permet de prévoir certains aspects des aliments que nous mangeons. Le fait de voir, de sentir, d'entendre ou de toucher nous donne des informations au fur et à mesure de nos essais alimentaires. Les aliments nous sont plus familiers car nous enregistrons certains concepts, nous aidant à reconnaître les éléments de la nourriture et cela nous permet de manger sans surprise. Aussi, nous apprenons que la sensation de satiété signifie que nous avons assez mangé (Fondelli 2010a).

Les repas sont enfin des temps sociaux, où il s'agit de respecter des règles et coutumes, d'adopter une attitude adaptée et de se synchroniser au rythme commensal.

L'alimentation est donc une activité à multiples facettes qui requiert plusieurs capacités, celles-ci s'automatisant au fil des années pendant l'enfance.

Quand cette activité de manger se trouve perturbée, on parle de troubles de l'alimentation.

2. Troubles d'alimentation et autisme

Nous traiterons dans un premier temps les troubles d'alimentation et leurs causes de manière générale puis nous définirons l'autisme pour enfin détailler les troubles d'alimentation spécifiques à cette pathologie.

2.1. Les troubles d'alimentation

Sous le terme « troubles d'alimentation » sont regroupées de nombreuses notions dans lesquelles symptomatologie et étiologie sont enchevêtrées.

2.1.1. Distinction : Dysphagie/Déglutition atypique/Syndrome de dysoralité

Des confusions peuvent être produites entre ces trois troubles liés à la bouche :

2.1.1.1. Dysphagie

Le terme dysphagie désigne tout problème qui survient lors du passage des aliments de la bouche à l'estomac. Cela peut être une gêne, une douleur voire même un blocage complet des aliments (Bleeckx 2001). Son origine est organique ou fonctionnelle.

2.1.1.2. Déglutition atypique

Déglutition inadaptée de l'enfant ou de l'adulte, s'effectuant avec un mauvais appui de l'apex lingual. Elle est aussi appelée déglutition primaire ou déglutition infantile.

2.1.1.3. Syndrome de dysoralité

Ce terme n'exclut pas une déglutition atypique ou une dysphagie, mais voit le trouble dans un tableau clinique plus étendu. La dysoralité s'ancre dans des difficultés fonctionnelles, organiques, mais aussi psychologiques, affectives et culturelles. Nous définirons plus loin ce syndrome.

2.1.2. Fréquence des troubles alimentaires de l'enfance

Les troubles alimentaires sont fréquents chez les enfants à développement normal (25%) (Manikam et al. 2000). Néanmoins, notons que les auteurs ne donnent pas de précision sur la tranche d'âge étudiée.

En 2011, Nadon rassemble les chiffres de nombreuses études et en tire un taux de prévalence allant de 13 à 50% de problèmes d'alimentation dans la population pédiatrique normale (Nadon 2011b).

2.1.3. Absence de classification consensuelle des troubles d'alimentation

Il n'y a pas de repères clairs pour définir les troubles d'alimentation (Aldridge et al. 2010 cités par Nadon 2011b). Il existe néanmoins des critères pour l'établissement d'un diagnostic de « troubles de l'alimentation de la première ou de la deuxième enfance » selon le DSM-IV-TR (Figure 2) mais plus de la moitié des enfants orientés pour un problème alimentaire ne répondent pas à tous les critères.

Troubles de l'alimentation de la première ou de la deuxième enfance d'après le DSM-IV-TR
A. Difficultés d'alimentation qui se manifestent par une incapacité persistante du nourrisson ou de l'enfant à manger de façon appropriée, avec absence de prise de poids ou perte de poids significative pendant au moins 1 mois.
B. La perturbation n'est pas due à une maladie gastro-intestinale ni à une autre affection médicale générale associée (par exemple : reflux gastro-oesophagien).
C. La perturbation n'est pas mieux expliquée par un trouble mental (par exemple : mérycisme) ni par l'absence de nourriture disponible.
D. Début avant l'âge de 6 ans.

Figure 2: Critères diagnostiques du DSM-IV-TR selon Nadon (2011b)

Cette classification n'est donc pas pertinente alors que ces problèmes ne sont pas rares. Pour Carreau et al. (2012), un trouble d'alimentation est considéré comme sévère lorsque la personne accepte moins de 10 aliments différents.

D'après Senez (2012), les troubles alimentaires correspondent au manque d'appétit, au refus de la nouveauté, à la sélectivité alimentaire par rapport aux textures, aux problèmes de comportement pendant le repas, aux nausées et aux vomissements.

Des facteurs associés et aggravants peuvent diminuer l'appétit comme les allergies alimentaires, les intolérances, le reflux gastro-œsophagien et œsophagite, les problèmes digestifs et les problèmes relationnels.

Senez (2009) propose des critères du syndrome de dysoralité sensorielle (Figure 3).

<i>Critères principaux Signes constants et caractéristiques.</i>	<i>Critères secondaires Signes inconstants et de fréquence variable suivant les individus.</i>
● Tous ces signes sont exacerbés le matin au réveil et lors d'épisodes fébriles	
● Notion de transmission transgénérationnelle.	● Difficultés d'ouverture de la bouche pendant les repas.
● Début des troubles dans la première année de vie.	● Nausées pendant les repas.
● Appétit médiocre et irrégulier.	● Régurgitations, vomissements.
● Lenteur pour s'alimenter.	● Vomissements si la personne est forcée (repas).
● Sélectivité sur la température des aliments.	● Aliments gardés dans la bouche (signe du hamster). ¹
● Sélectivité sur les goûts.	● Nausées au brossage des dents.
● Sélectivité sur les textures.	● Exacerbations olfactives.
● Refus des aliments nouveaux.	
● Peu ou pas de mastication même si elle est possible.	<i>1</i> <i>Signe du « hamster » : observé surtout avec les aliments fibreux comme la viande. L'enfant mastique incessamment et garde les boulettes confectionnées dans les joues en s'interdisant de les avaler.</i>

Figure 3 : Critères d'un syndrome de dysoralité sensorielle (Senez 2009 cité par Carreau et al. 2012)

Dans cette même optique, le « Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood : Revised Edition » (DC : 0-3R) de 2005 définit les critères diagnostiques d'un « syndrome d'aversion sensorielle de la nourriture » qui complètent ceux du DSM-IV et de la Classification internationale des maladies (CIM 10) (Annexe 1, A3) (Chatoor 2009).

On retrouve de grandes similitudes de ce « syndrome d'aversion sensorielle de la nourriture » avec la définition de la dysoralité ou troubles du comportement alimentaire que donne Thibault (2012b). En effet, le « terme de dysoralité de l'enfant recouvre l'ensemble des difficultés de l'alimentation par voie orale. Il peut s'agir de troubles par absence de comportement spontané d'alimentation [praxie, gnosie] ou par refus d'alimentation [néophobie] et de troubles qui affectent l'ensemble de l'évolution psychomotrice, langagière et affective de l'enfant. » (Thibault 2012a). On

peut alors penser que les troubles d'alimentation correspondraient au syndrome de dysoralité et donc aux troubles du comportement alimentaire.

Néanmoins, si l'on se penche sur la littérature décrivant les troubles du comportement alimentaire, on trouve des notions bien différentes. Pour la majorité des auteurs, le comportement alimentaire de l'enfant se met en place en parallèle du développement neurologique, sensori-moteur et psychoaffectif, c'est-à-dire entre la dixième semaine intra-utérine et l'âge de 6 ans (Puech et al. 2004). Chez Mc Sherry (2005), les troubles portant sur le comportement alimentaire regrouperaient l'**anorexie mentale** et la **boulimie**. Dans ces deux situations particulières, la personne affectée montre un comportement insolite, difficile à comprendre : refus de la nourriture, compulsions alimentaires incontrôlables, vomissements provoqués et fascination de la maigreur.

En 2007, Chabrol ajoute l'**obésité** à ces deux troubles.

Dollander et al. (2002) cités par Dupré (2011) reprennent ces trois manifestations symptomatiques et y adjoignent le **mérycisme** et le **pica**. Le mérycisme est un trouble se caractérisant par des régurgitations volontaires et remastications des aliments, à ne pas confondre avec le reflux oesophagien, lié à une anomalie anatomique de la jonction oesophage-estomac. Le pica est une affection rare dans laquelle l'enfant continue à absorber des substances non comestibles, à un âge où il ne devrait plus le faire. Il a alors appris à distinguer ce qui se mange de ce qui ne se mange pas. C'est un trouble grave, lié à un désordre des fonctions nutritives normales (Lorin et al. 1990).

2.2. Les causes des troubles d'alimentation

2.2.1. Les causes organiques opposées aux causes psychologiques

Outre-atlantique, l'observation et l'interprétation des refus alimentaires sont d'ordre anatomique, physiologique ou neurologique tandis qu'en France, on parle entre autres de facteurs psychologiques (Barbier 2010).

D'après Thibault (2007), face à un enfant qui refuse de manger, on doit se demander si la cause est psychologique ou organique. Elle décrit les principales causes organiques des troubles du comportement alimentaire du nourrisson et du jeune enfant, qui sont les pathologies digestives, extradigestives (comme les

intolérances alimentaires d'origine métabolique, les allergies, reflux gastro-oesophagiens...), ainsi que les anomalies congénitales et acquises de la déglutition. Concernant les étiologies psychologiques, elle mentionne d'une part les anorexies psychogènes du jeune enfant constituées de l'anorexie commune d'opposition du deuxième semestre, des formes sévères d'anorexie mentale infantile (phobique et dépressive) et des psychoses infantiles débutantes ; et d'autre part les anorexies post-traumatiques dues à une alimentation artificielle prolongée.

Vannier (2008) associe aussi cette distinction psychogène/organique aux refus alimentaires. L'origine psychogène expliquerait l'hypersélectivité des refus arbitraires. L'étiologie organique composée de l'hypersensibilité buccale (hypernausée, hypergueusie) et de l'inefficacité de la mastication nous permettrait de comprendre les préférences au niveau des goûts et des textures.

Leblanc et al. (2009) insistent sur le fait qu'en « présence d'un trouble de l'oralité alimentaire, l'ensemble du corps de l'enfant présente des défenses tactiles ». Ces auteurs définissent ainsi 5 stades permettant de situer l'enfant quant à une possible hypersensitivité tactile corporelle et 5 autres quant à une hypersensitivité tactile orale (Annexe 2, A4).

Pour Senez, l'hypersensibilité dont l'hyper-nauséux serait cause de nombreux troubles alimentaires.

2.2.2. Hyper-nauséux : cause des troubles alimentaires

2.2.2.1. Notion d'hyper-nauséux

Senez (2002) introduit un nouveau point de vue dans la compréhension des difficultés alimentaires : l'hyper-nauséux. Il est lié aux hypersensibilités individuelles olfactives et gustatives et se déclenche lors d'une stimulation non-nociceptive. Chez l'enfant cela peut se traduire par le refus de toute substance s'éloignant trop du lait en température, consistance et/ou goût. Senez écrit en 2002, « Je suis persuadée maintenant que ce nauséux est à mettre en relation avec les capacités discriminatoires des canaux sensoriels olfactifs et gustatifs de l'individu. » Il existe autant de formes de refus qu'il existe d'enfants mais un grand nombre d'entre eux ont une préférence flagrante pour les aliments sucrés et tièdes. Les personnes présentant un hyper-nauséux s'alimentent lentement, sans plaisir ni appétit.

Afin de situer le stade alimentaire, Senez (2002) a mis au point une échelle d'évaluation.

2.2.2.2. Évaluation et classification des refus alimentaires

Les refus et aversions alimentaires peuvent prendre des formes multiples, c'est pourquoi Senez (2002) a construit une échelle de 0 à 5. Le niveau 0 correspondant à la normalité et le niveau 5 au refus total de l'alimentation orale (Annexe 3, A5).

Cette échelle donne un ordre d'idées pour classer les enfants ou adultes présentant une aversion alimentaire ; en effet ceux-ci peuvent tout à fait se trouver à la frontière entre deux niveaux.

« Il existe une relation entre l'intensité des refus alimentaires et celle de l'hyper-réactivité nauséuse. » d'après Senez (2002). Ainsi, les stades retrouvés à ces deux échelles sont souvent corrélés et sont à prendre en compte pour avoir une idée précise de l'état du patient.

2.2.2.3. Évaluation et classification du réflexe nauséux

L'examineur doit introduire son doigt (dans le meilleur des cas), un abaisse-langue (pour éviter de se faire mordre), une cuillerée de compote (pour les patients méfiants) afin de tester la réaction du sujet à une stimulation tactile de la langue, du palais, des gencives et des lèvres supérieures.

On peut ainsi situer le sujet sur l'échelle d'évaluation du nauséux de Senez (2002) allant de 0 (aucun nauséux) à 5 (nauséux déclenché au niveau des lèvres) (Annexe 4, A6) (Figure 4).

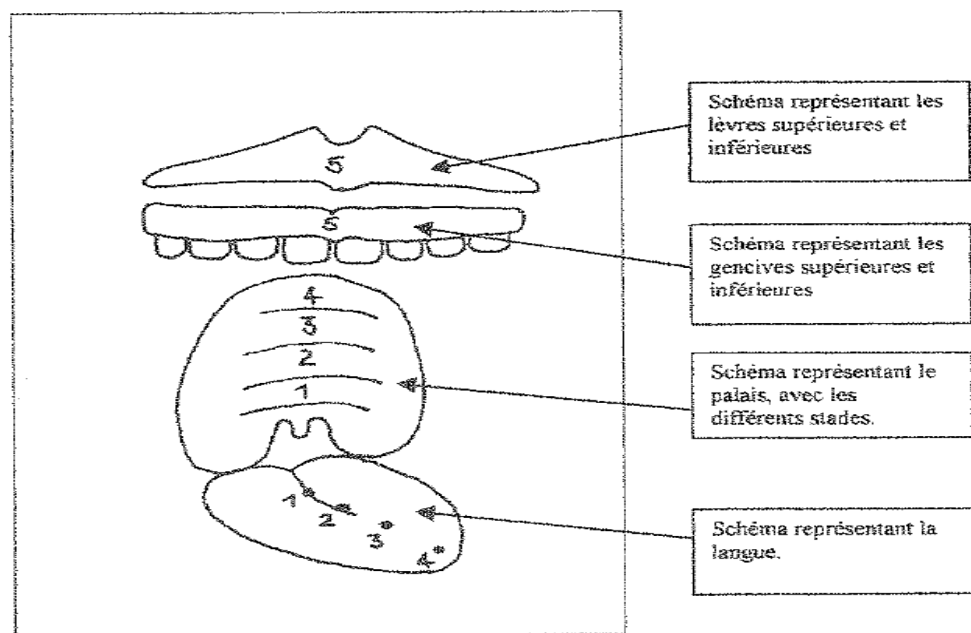


Figure 4 : Schéma des stades de l'hyper-nauséux (Senez 2002)

Senez (2002) fait le constat que de nombreux enfants, présentant un hyper-nauséux, rencontrent en plus de leurs troubles d'alimentation un retard aux niveaux articulatoire et langagier. L'hyper-nauséux pourrait empêcher le babillage ou la production de certains sons notamment les consonnes postérieures qui font intervenir le recul de la langue, déclenchant par la même occasion un nauséux.

Les troubles d'alimentation et leurs causes ayant été présentés, nous allons maintenant nous intéresser à l'autisme.

2.3. Autisme et troubles envahissants du développement

2.3.1. Classification

La Classification internationale des maladies (CIM-10) pour l'autisme et les troubles envahissants du développement (TED) est considérée comme la référence par la Haute Autorité de Santé (HAS 2010).

Les principaux symptômes de l'autisme et des TED, communément appelés « triade autistique », sont :

- une altération qualitative des interactions sociales
- un déficit de la communication verbale et non verbale
- des intérêts restreints, stéréotypés et répétitifs.

Ces troubles envahissent le fonctionnement de la personne en toutes situations.

Les TED regroupent : autisme infantile, autisme atypique, syndrome de Rett, autre trouble désintégratif de l'enfance, hyperactivité associée à un retard mental et à des mouvements stéréotypés, syndrome d'Asperger, autres troubles envahissants du développement et troubles envahissants du développement sans précision.

La classification anglophone utilise le terme plus global de troubles du spectre autistique (TSA) qui recouvre la même réalité clinique.

2.3.2. Prévalence

En 2009, d'après l'HAS, la prévalence estimée sur une population de moins de 20 ans est de :

- 6 à 7 pour 1000 pour l'ensemble des TED
- 2 à 3 pour 1000 pour les TED avec retard mental
- et 2 pour 1000 pour l'autisme infantile.

2.3.3. Spécificités de fonctionnement

Les enfants avec TED ont un fonctionnement sensoriel particulier à type d'hypo-réactivité ou d'hyper-réactivité face aux différentes stimulations sensorielles. Ils peuvent également rechercher certaines stimulations.

Une perception et une exploration visuelles particulières peuvent influencer les interactions sociales, le décodage des mimiques faciales ou les émotions d'autrui.

De même, les fonctions motrices peuvent être atteintes comme les fonctions d'organisation du mouvement (coordination visuo-manuelle, anticipation des ajustements posturaux, planification du mouvement, organisation de l'action vers un but).

Le fonctionnement cognitif peut être caractérisé par :

- un traitement de l'information centré sur les détails
- des difficultés d'adaptation au changement
- des difficultés dans les fonctions exécutives, en particulier la mémoire de travail
- des difficultés pour attribuer un état mental aux autres et à eux-mêmes.

Les troubles de la communication se traduisent par un déficit des fonctions d'attention conjointe, d'imitation et de langage (difficultés de compréhension et d'expression).

Les particularités sensorielles et de perception de la douleur peuvent s'exprimer par des troubles du comportement ou des conduites de retrait.

En effet, « les difficultés de fonctionnement des personnes avec TED peuvent se traduire notamment par des comportements-problèmes qui touchent plusieurs domaines : automutilation, destruction, stéréotypies, agressivité physique et problèmes d'alimentation » (HAS 2010).

2.4. Les troubles d'alimentation chez les personnes autistes/TED

2.4.1. Prévalence

Les problèmes alimentaires sont fréquents chez les enfants présentant des troubles de développement comme la paralysie cérébrale, l'autisme, la déficience intellectuelle ou certains syndromes génétiques, soit de l'ordre de 33 à 80% (Burklow et al. 1998, Linscheid 2006 cités par Tessier 2010).

Cette prévalence plus élevée dans l'autisme que chez les enfants au développement normal est suggérée dans les études de Bandini et al. 2010, Kodak et al. 2008 cités par Kozlowski et al. 2011 et dans l'étude de Handayani et al. 2012. Des problèmes alimentaires s'observent ainsi chez 56 à 87% des sujets ayant des troubles du spectre autistique (Nadon 2011b, *pour revue*).

Néanmoins, il est souvent difficile d'estimer un taux de prévalence dans cette population car les études comportent un nombre de sujets trop restreint, des tranches d'âge et critères d'inclusion différents. Ainsi, Martins (2008) relativise cette prévalence car les résultats à ses questionnaires remplis par des mères, indiquent que les enfants autistes de 2 à 12 ans (au nombre de 41) ne sont que légèrement plus susceptibles de présenter des problèmes d'alimentation que leur frères et soeurs (14) ou que des enfants du même âge à développement normal (41).

De plus, il n'existe pas de consensus sur la terminologie et les critères employés pour évaluer les troubles d'alimentation.

2.4.2. Description des troubles rencontrés

Les familles rapportent fréquemment des choix alimentaires restreints chez leur enfant autiste (Erickson et al. 2005). « Le manque d'appétit lors des repas, le refus de la nouveauté, la sélectivité alimentaire, la dysphagie et les problèmes de comportement aux repas sont les problèmes les plus communs » (Manikam et al. 2000 cités par Nadon et al. 2008).

Tessier (2010) catégorise les problèmes alimentaires en trois composantes éventuellement associées : sensorielle, praxique orale et comportementale. Nous nous appuyerons sur cette répartition pour développer les problèmes d'alimentation que nous compléterons avec d'autres troubles.

2.4.2.1. Problème de sensibilité sensorielle

La sélectivité par texture, couleur, odeur, le refus alimentaire et le refus de la nouveauté sont les problèmes les plus souvent mentionnés (Nadon 2011b).

Une étude prospective longitudinale anglaise réalisée par Edmond et al. (2010) sur une cohorte de 79 enfants autistes et 12 901 sujets témoins a mis en évidence une introduction plus tardive des solides, après 6 mois chez les enfants autistes. Cette étude a également établi une plus grande sélectivité alimentaire, dès l'âge de 15 mois, qui s'amplifie avec l'âge.

« *J'étais hypersensible à la texture de la nourriture et je devais tout toucher avec les doigts pour en sentir la texture avant de la mettre en bouche* » (Sean Baron cité par Attwood 2008).

Poirier et al. (2011) donnent l'exemple d'une sélectivité par la couleur beige, l'enfant ne s'alimentant que de céréales, de frites et de poissons panés. A l'inverse, Martins et al. (2008) rapportent le cas de parents dont l'enfant ne veut manger aucun aliment de couleur jaune.

« Plus de 50% des enfants Asperger ont une grande sensibilité olfactive et gustative » (Broomey et al. 2004, Smith Myles et al. 2000 cités par Attwood 2008). Ils ont souvent des difficultés quand il y a de grands contrastes de texture et peuvent avoir un comportement tactile défensif. Cette sensibilité olfactive et gustative semble disparaître à l'adolescence mais les auteurs rappellent que la peur et l'évitement de certains aliments peuvent perdurer (Attwood 2008).

Du point de vue des aliments consommés, Edmond et al. (2010) ont observé que les enfants autistes de 6 à 54 mois de leur étude mangent moins de salade, de légumes, de fruits frais ainsi que moins de sucreries et boissons gazeuses. De même, Valent (2000) a constaté dans son enquête que 45% des enfants autistes de 6 à 10 ans n'apprécient pas les fruits contre 12,5 % chez les enfants témoins. Ces enfants autistes ont également une attirance moins forte pour les sucreries et une préférence pour les produits laitiers, le pain et les biscuits.

Par ailleurs, l'hyposensibilité peut expliquer que certains enfants préfèrent les saveurs fortes (Franco et al. 2012).

Ajoutons que les troubles de perception sensorielle peuvent se traduire par un tri des aliments comme en témoigne Faloussaa sur le forum du site yabiladi.com.

On retrouve aussi des cas de sélectivité par la température. Karo22 décrit l'hypersensibilité de son fils sur le forum doctissimo.

2.4.2.2. Problème praxique oral

Les parents rapportent des difficultés de mastication des aliments et des pertes salivaires anormales chez leur enfant (Dailey 2010 cité par Nadon 2011b). Les professionnels évaluent également ce trouble (Carreau et al. 2012). Laxer (2001) a observé dans sa pratique plus de 60% de personnes autistes avec des troubles dysphagiques, c'est-à-dire présentant des retards et anomalies de mastication et déglutition. Schreck et al. (2006) ont mis en évidence un problème praxique oral chez 23,2% des enfants autistes de leur étude. Cette incapacité serait un facteur de refus ou de sélectivité alimentaire.

2.4.2.3. Problème de comportement

Les enfants autistes peuvent avoir un comportement déviant face à la présentation d'aliments comme une certaine agressivité pendant les repas. Ils peuvent émettre des pleurs, des cris, une agitation (Ahearn et al. 2001). Ils ont souvent du mal à rester assis pendant toute la durée du repas (Handayani et al. 2012). Dans son enquête, Valent (2000) a constaté chez certains enfants autistes de 6 à 8 ans un phénomène de vol de nourriture. Ils dérobent leurs aliments préférés (pain, yaourt) pour les consommer tout au long de la journée. Par ailleurs, certains auteurs témoignent d'une rapidité ou d'une lenteur à s'alimenter chez les personnes autistes (Edmond et al. 2010, Biette et al. 2011).

2.4.2.4. Autres troubles des conduites alimentaires rencontrés

Emond et al. (2010) notent une prévalence plus grande de comportements de pica chez les enfants autistes à 38 et 54 mois. Le pica concerne 9 à 25% des personnes adultes en institution (Johnson et al. 1994 cités par Prudhon et al. 2012).

D'après Kuhn et al. 2004 (cités par Prudhon et al. 2012), le mérycisme touche 6 à 10% des adultes autistes (Kuhn et al. 2004 cités par Prudhon et al. 2012).

On trouve également des cas d'hyperphagie, c'est-à-dire une consommation excessive de nourriture ou à l'inverse une hypophagie et des phénomènes de « food jags » (Franco et al. 2012).

2.4.3. Facteurs associés et aggravants

Avant d'évoquer les facteurs aggravant les troubles alimentaires, nous pouvons noter qu'au contraire, le refus alimentaire chez les enfants autistes semble légèrement diminuer avec l'âge (Bandini et al. 2010). De plus, la sévérité de l'autisme n'est pas significativement corrélée aux problèmes alimentaires (Schreck et al. 2006). On peut compter comme facteurs aggravant les troubles d'alimentation : les problèmes gastro-intestinaux, les allergies et intolérances alimentaires et la prise de certains médicaments.

2.4.3.1. Problèmes gastro-intestinaux

Les problèmes gastro-intestinaux comprennent : les reflux gastro-oesophagiens, la constipation, la diarrhée et les douleurs abdominales.

Beaucoup de parents rapportent de tels problèmes chez leur enfant autiste (Levy et al. 2007, Wang et al. 2011). La prévalence de ces troubles semble plus importante chez les enfants autistes que chez les enfants non autistes (Wang et al. 2011, Mourdisen et al. 2012 cités par Mozin 2012, Mazurek et al. 2012).

2.4.3.2. Allergies et intolérances alimentaires

Les allergies et intolérances alimentaires sont fréquentes chez les enfants autistes (Laud et al. 2010, Carreau et al. 2012). Edmond et al. (2010) comptent, dans leur étude, 8% d'enfants autistes avec un régime spécial pour allergies alimentaires à l'âge de 54 mois contre 2% chez les sujets témoins.

Ahearn et al. (2001) émettent l'hypothèse que les régimes sans gluten sans caséine ou autre exacerbent les difficultés alimentaires des enfants autistes. Néanmoins, ces régimes ne semblent pas avoir d'impacts sur les apports nutritionnels (Bandini et al. 2010).

Il n'existe actuellement pas de preuve formelle du bénéfice ou non d'un régime sans gluten et sans caséine sur les symptômes autistiques. Il faut rester vigilant en surveillant la croissance et l'apport nutritionnel des enfants suivant ce type de régime d'exclusion (Lecerf 2012).

2.4.3.3. Traitements médicamenteux

La prise de certains médicaments comme les neuroleptiques, peut avoir pour effet secondaire une perte d'appétit, ainsi qu'une sécheresse buccale qui perturbe la constitution du bol alimentaire par manque d'insalivation (Manikam et al. 2000,

Prudhon et al. 2012). De même, les tranquillisants peuvent altérer la sensation de goût et les psychotropes entraîner des dysphagies (Manikam et al. 2000).

2.4.4. Hypothèses explicatives

Prudhon et al. (2012) considèrent que les troubles spécifiques à l'autisme ont un retentissement sur l'alimentation. Nous verrons comment chacun d'eux peut être un facteur de troubles alimentaires. Nous traiterons ensuite la répercussion des choix alimentaires familiaux sur l'alimentation de l'enfant.

2.4.4.1. Particularités sensorielles

Le fonctionnement sensoriel spécifique dans l'autisme entraînerait une réactivité sensorielle de type hyper-réactivité ou hypo-réactivité alimentaire.

L'hypersensibilité alimentaire selon Vermeulen et al. (2010) et Fondelli (2010a) peut se traduire par :

- une perception de certains goûts beaucoup plus forte et écoeurante
- une perception visuelle exacerbée rendant la couleur de certains aliments trop vive, la présentation de nourriture mélangée trop stimulante et la lumière trop vive
- une odeur des aliments trop forte et perturbante
- une mauvaise appréciation de la température des aliments qui paraissent alors trop chauds ou trop froids
- une appréhension différente de la texture des aliments
- une perception auditive pouvant rendre les bruits des couverts ou encore les bruits alimentaires des autres personnes à table perturbants.

L'hyposensibilité peut s'exprimer par :

- une consommation de nourriture et/ou boissons trop chaudes
- une consommation de choses qui ne se mangent pas
- aucune sensation de faim ou de soif

Le lien entre troubles sensoriels et troubles d'alimentation est mis en exergue dans la littérature. Dans une étude sur 95 enfants autistes de 3 à 10 ans, Nadon et al. (2011a) mettent en évidence la présence d'un trouble sensoriel chez 65% d'entre eux. De plus, il est montré que ces derniers ont significativement plus de problèmes alimentaires. Tomchek et al. (2007) constatent, dans leur recherche auprès de 281

enfants autistes âgés de 3 à 6 ans, que 54,1% de ces enfants ont une différence nette de sensibilité gustative ou olfactive et 60,9% au niveau tactile. De plus, 52,7% sont sélectifs à certains goûts et 56,2% sont de petits mangeurs en particulier concernant certaines textures alimentaires.

2.4.4.2. Facteurs communicationnels et sociaux

Au moment du repas, le trouble de la communication engendre des difficultés dans :

- l'expression des besoins, des choix, des demandes associées au repas (Handayani et al. 2012)
- la compréhension de ce que l'on attend d'eux, se répercutant par une mauvaise voire une absence d'anticipation du « où ?, quoi ?, comment ?, qui ?, quand ?, combien de temps ? » (Prudhon 2012)
- la capacité à supporter et maintenir les relations sociales, à écouter et maintenir une conversation à table.

Au niveau social, les enfants autistes peuvent être gênés par la présence des autres qui entraîne trop de stimuli. Il est aussi difficile pour eux de partager leur nourriture du fait d'une non acquisition du tour de rôle ou d'une méconnaissance des situations sociales. La compréhension et l'application des règles sociales sont souvent compliquées (Lukens et al. 2008). Ils ne savent pas forcément, par exemple, dans quelles situations nous pouvons manger avec les doigts ou non (Vermeulen et al. 2010). Ils ont alors des difficultés dans l'apprentissage de l'autonomie alimentaire.

2.4.4.3. Facteurs moteurs

Un problème de contrôle moteur peut être facteur de trouble alimentaire (Lukens et al. 2008). Les problèmes de déglutition, de dentition, de palais, de langue peuvent aussi engendrer des difficultés d'alimentation (Vermeulen et al. 2010). L'alimentation nécessite plusieurs praxies comme la mastication ou la prise alimentaire à la cuiller. Les praxies s'apprennent le plus souvent par imitation. Le déficit d'imitation chez les autistes peut donc retentir sur les capacités praxiques et donc sur l'alimentation. Defosse (2012) constate 57% de troubles praxiques dans son échantillon de 21 enfants et adolescents autistes.

2.4.4.4. Intérêts restreints et stéréotypés

Les intérêts restreints et stéréotypés pourraient s'étendre aux aliments et s'exprimeraient par une sélectivité alimentaire (Ahearn et al. 2001, Erickson et al. 2005, Volkert et al. 2010, Edmond et al. 2010, Handayani et al. 2012). Prudhon et al. (2012) précisent que ces intérêts restreints et stéréotypés peuvent entraîner la personne autiste « à ne manger des aliments que d'une certaine marque, que d'une certaine couleur ou qu'un type d'aliment (des pâtes par exemple) ». Bandini et al. (2010) retrouvent aussi une rigidité sur le respect de certaines marques alimentaires. Martins et al. (2008) rapportent le cas d'un garçon qui veut uniquement manger une marque de pain blanc et qui refuse tout autre pain même lorsqu'on le lui présente dans l'emballage de sa marque favorite.

2.4.4.5. Particularités cognitives

Le traitement de l'information centré sur les détails limite parfois le concept que les enfants autistes peuvent avoir d'un aliment. Ils manquent souvent de capacité à imaginer et n'arrivent pas à faire de liens entre des choses non visibles (Fondelli 2010b). Ils ont habituellement peu de généralisation. Par exemple, une pomme rouge n'est pas une pomme car la pomme est verte. Cette concentration sur les détails est une des causes des troubles alimentaires (Laud et al. 2009).

Les détails peuvent prendre beaucoup d'importance et constituer des rituels, des habitudes rigides. « *Dans la maison de Léo, les couverts sont bleus. Pour Léo, manger implique « avec des couverts bleus ». Il a beaucoup de difficultés à manger avec des couverts d'une autre couleur* » (Vermeulen et al. 2010). Ce besoin de couverts particuliers a été mis en évidence dans l'étude de Schreck et al. (2006) pour 13,6% des enfants autistes de l'échantillon. Un enfant peut aussi refuser de manger dans un autre endroit que chez lui (Williams et al. 2010).

La difficulté d'adaptation au changement des enfants autistes peut également être un facteur de troubles alimentaires (Martins et al. 2008, Laud et al. 2009). Edmond et al. (2010) émettent l'hypothèse que la lenteur à manger et les difficultés de passage aux aliments solides peuvent être dues à cette difficulté à accepter le changement.

2.4.4.6. Choix alimentaires familiaux

Le lien entre l'alimentation familiale et les troubles alimentaires des enfants autistes est très peu étudié dans la littérature. Il est donc difficile de savoir comment le choix alimentaire des parents impacte ces troubles.

D'une part, plusieurs auteurs mentionnent que les préférences alimentaires des enfants ne seraient pas uniquement dues à des déficits intrinsèques à l'autisme mais aussi aux choix alimentaires familiaux. Schreck et al. (2006) ont démontré par le biais de questionnaires auprès de 138 parents que les préférences alimentaires familiales influençaient plus les choix alimentaires des enfants autistes que les caractéristiques propres à l'autisme.

D'autre part, Bandini et al. (2010) mettent en évidence que les régimes restrictifs (sans gluten, sans caséine et sans lactose) imposés par les parents n'impactent pas les apports nutritionnels. Dans cette étude sur la sélectivité alimentaire entre enfants avec ou sans autisme, ils mesurent les apports nutritionnels. Les auteurs s'aperçoivent que ceux-ci restent inchangés que l'enfant suive un régime ou non.

2.4.5. Impacts sur la vie quotidienne

Les troubles alimentaires peuvent perturber la santé de l'enfant et la sphère sociale et familiale.

2.4.5.1. Conséquences sur la santé de l'enfant

La santé buccale, la croissance et les apports nutritionnels peuvent être touchés par les troubles alimentaires.

Une hypersensibilité orale peut générer des difficultés lors du brossage des dents ce qui peut nuire à la santé bucco-dentaire (Carreau et al. 2012). Une difficulté de mastication peut entraîner des problèmes parodontaux qui eux-mêmes vont engendrer un évitement de la mastication voire de l'alimentation (Prudhon et al. 2012).

Les résultats sur la croissance et la consommation suffisante de nutriments sont très controversés selon les études. Plusieurs auteurs ne trouvent aucun problème de croissance chez les enfants autistes ayant des problèmes d'alimentation (Edmond et al. 2010, Schmitt et al. 2008 cités par Sharon 2010).

D'autres auteurs rapportent que les troubles de sélectivité alimentaire chez les enfants autistes n'entraînent pas de malnutrition (Erickson et al. 2005, Laud et al.

2009) et que les apports nutritionnels sont dans la norme (Levy et al. 2007). Néanmoins, Bandini et al. (2010) ont relevé des déficits en vitamine D et en calcium chez les enfants autistes de leur étude. En outre, certaines études mentionnent un manque de calcium (Scharon et al. 2010). Edmond et al. (2010) ont trouvé des carences en vitamines C et D dans leur échantillon. Lockner et al. (2008) ont constaté une consommation insuffisante de vitamine A chez les enfants autistes de leur étude. Une étude chinoise a mis en évidence des apports lipidiques, en vitamines A, B6, C, en acide folique, en calcium et en zinc insuffisants par rapport aux recommandations nutritionnelles (Xia et al. 2010).

En outre, Franco et al. (2012) précisent qu'un mérycisme peut entraîner des oesophagites, voire des bronchites s'il y a des fausses routes.

2.4.5.2. Conséquences sur la sphère familiale et sociale

Le repas est un temps social et les difficultés alimentaires entravent les relations familiales. Il existe alors des tensions pendant les temps de repas et les parents peuvent avoir un sentiment d'incompétence. De plus, les repas à l'extérieur sont souvent laborieux, le cercle social se trouve ainsi limité (Carreau et al. 2012). Les troubles alimentaires sont aussi une grande source de stress et d'anxiété pour les parents qui s'inquiètent de la santé de leur enfant.

2.4.6. Evaluation des troubles d'alimentation chez les enfants autistes

Nadon et al. (2008) font une revue des différentes méthodes d'évaluation des troubles d'alimentation chez les enfants TED. Ils en concluent qu'il n'existe pas encore d'outils d'évaluation complets. Plusieurs études utilisent :

- des questionnaires à destination des parents pour répertorier entre autres l'histoire de l'alimentation, les aliments consommés par l'enfant, les comportements de l'enfant et ses goûts. Le plus retrouvé dans les études est le Children's Eating Behaviour Inventory (CEBI).

- Des entretiens avec les parents ayant le même objectif que les questionnaires
- Des observations directes du comportement de l'enfant face à l'alimentation, notamment selon un modèle d'analyse comportementale appliquée (ABA).

D'un point de vue orthophonique, on peut ajouter l'évaluation clinique des troubles de l'alimentation et de la déglutition chez les sujets infirmes moteurs cérébraux (IMC) et polyhandicapés de Senez (2002) et le bilan de déglutition de

Crunelle (2008). Ces évaluations permettent d'apporter une observation précise des praxies bucco-faciales, de l'état bucco-dentaire, de la respiration, de la déglutition, de la mastication et de la sensibilité. De plus, il existe des échelles validées permettant d'évaluer le bavage et ses conséquences sociales dont la « Blasco index to measure drooling » (Blasco 1992) (Figure 5).

Blasco Index to measure drooling	
0	pas de bavage
1	bavage léger : seules les lèvres sont mouillées par la salive qui ne dépasse pas le bord vermillon
2	bavage moyen : la salive atteint les lèvres et le menton
3	bavage important : le bavage est sévère et les vêtements sont mouillés

Figure 5 : Traduction de la « Blasco index to measure drooling » (Blasco 1992) in www.r4p.fr

L'évaluation des troubles alimentaires est essentielle avant toute remédiation. Nous exposerons, dans la partie ci-dessous, différents moyens d'intervention sur ces troubles retrouvés dans la littérature.

3. Interventions sur les troubles d'alimentation

3.1. Adaptations de l'environnement

« Toutes composantes du repas, des ustensiles à la texture des aliments présentés, doivent être analysées et peuvent potentiellement être modifiées afin de mieux correspondre au profil sensoriel de l'enfant ayant un TSA » (Nadon 2011b).

3.1.1. Adaptation de la situation de communication

Il est nécessaire que la personne avec autisme, notamment sans langage, ait à disposition pendant le repas un moyen de communication adapté (système PECS, photos, images, pictogrammes, Makaton ...) pour pouvoir exprimer ses besoins et ses envies (Prudhon et al. 2012).

3.1.2. Réduction des stimulations sensorielles

Les personnes avec autisme ayant un profil sensoriel spécifique, il est important de réduire les stimulations sensorielles pouvant être gênantes pendant le repas. Sur le plan visuel, on pourra adapter le niveau de luminosité ou encore utiliser des « pare-vues » afin de limiter les interférences. Au niveau auditif, il peut être

préférable de manger dans une salle plus petite avec un nombre plus restreint de personnes, limitant ainsi le niveau sonore. De même, parler à l'enfant pendant qu'il mange ajoute une stimulation qui peut être compliquée à gérer. Un casque anti-bruits pour les plus sensibles peut être utilisé ou encore une lampe visualisant le niveau sonore peut aider à réguler l'intensité de la conversation à table (Prudhon et al. 2012).

3.1.3. Adaptation de l'espace et du temps

Le repérage dans le temps a toute son importance car il permet à la personne autiste de prévoir et de visualiser le déroulement du repas et les activités qui vont suivre. Il peut s'agir d'un emploi du temps général des activités de la journée mais aussi du menu du repas permettant d'anticiper les aliments à venir. On peut également associer un « time-timer » pour un meilleur repérage et une visualisation de l'écoulement du temps (Prudhon et al. 2012). Selon les principes de la méthode TEACCH, les plats à venir peuvent être placés à gauche et une fois chaque assiette terminée, on la place à droite (M'Chakleb 2012).

3.1.4. Installation et posture

L'installation et la posture sont essentielles à un confort et une disponibilité pendant le repas. Des mousses peuvent ainsi être proposées pour décontracter le bas du dos. De plus, l'utilisation de marche-pieds pour obtenir un bon appui évite une mauvaise posture qui pourrait engendrer des fausses routes. La table doit aussi se trouver à la bonne hauteur (Prudhon et al. 2012). Par ailleurs, des supports visuels peuvent indiquer à la personne autiste comment bien se positionner lors du repas.

3.1.5. Adaptation des ustensiles

L'adaptation des ustensiles peut aussi être nécessaire. En effet, il existe :

- des couverts avec de gros manches ronds facilitant la préhension
- des verres échanrés évitant l'extension de tête et le risque de fausse route
- des tours d'assiette ou des assiettes creuses remédiant aux débordements de nourriture
- des assiettes compartimentées pour séparer les différents aliments
- des antidérapants permettant d'éviter les glissades et renversements.

On peut également surélever les assiettes afin de réduire la distance jusqu'à la bouche et/ou de bien les placer dans le champ visuel (Prudhon et al. 2012, Franco et al. 2012).

3.1.6. Adaptation des textures

La présentation de la nourriture mixée peut être un moyen de pallier un défaut de mastication (Prudhon et al. 2012). En particulier, l'approche de Palmer a pour objectif d'augmenter la variété alimentaire. Elle consiste en des modifications micro-graduées des caractéristiques sensorielles d'un aliment jusqu'à l'acceptation complète d'un nouvel aliment (Carreau et al. 2012). Patel et al. (2005) ont conduit une évaluation qui suggère une réduction du « packing » - c'est-à-dire le fait d'accumuler des aliments en bouche sans les avaler - et une augmentation de la prise alimentaire orale lors d'une présentation de textures moins solides (mixées, hachées, en petits morceaux selon les enfants). De plus, Prudhon et al. (2012) préconisent des boissons gazéifiées ou épaissies pour limiter le risque de fausse route.

3.1.7. Supplémentation orale

Un apport nutritionnel sous forme de vitamines et/ou de compléments alimentaires peut être mis en place si l'on constate une carence (Nadon 2011b, Sharon et al. 2010).

3.2. Approches des troubles d'alimentation

Nous aborderons les différentes approches des troubles d'alimentation en gardant à l'esprit qu'il faut éviter d'affamer l'enfant et ne pas le forcer à manger, comme le rappelle Atwood (2008).

3.2.1. Approches sensorielles

Les séances d'orthophonie peuvent inclure des activités autour des sens comme des touchers du visage par le biais de différentes matières, des reconnaissances d'odeurs et saveurs diverses ou des propositions d'objets à mettre en bouche pour travailler les stéréognosies (texture, volume, température, consistance) (Prudhon et al. 2012).

Auprès d'enfants Asperger, Attwood (2008) propose une approche de désensibilisation consistant à faire décrire à l'enfant son expérience sensorielle face aux aliments. Il peut alors dire quels aliments il juge les moins désagréables et ceux qu'il serait susceptible de tolérer.

3.2.1.1. Intégration et désensibilisation sensorielles

Carreau et al. (2012) décrivent une approche d'intégration sensorielle, celle d'Ayres (1972). C'est un traitement des particularités sensorielles « proposé pour l'ensemble du corps puis au niveau de la sphère orale. Il a pour but de normaliser les perceptions sensorielles soit en limitant l'impact des défenses sensorielles, soit en améliorant la perception en cas de dormance sensorielle. »

Inspirés de la théorie d'Ayres (1972), Addison et al. (2012) mettent en pratique une thérapie d'intégration sensorielle en dehors des repas. Ils proposent une activité où le thérapeute pose des jouets vibrants progressivement sur les parties du corps de l'enfant : pieds, jambes, mains, bras, estomac, dos, joues et lèvres. Ils utilisent également des brosses à poils doux pour appliquer des pressions profondes au niveau des articulations de l'enfant.

Les désensibilisations tactiles corporelle et orale du groupe Miam Miam présidé par Leblanc s'inscrivent dans ce type d'approche sensorielle. Selon le stade d'hypersensibilité mis en évidence (cf 2.2.1.), une intervention graduelle est appliquée avec différents moyens (Annexe 5, A7). Sur le plan corporel, cela peut aller de massages à l'aide d'une brosse thérapeutique, à la manipulation tactile d'objets ou d'aliments avec une progression de leurs textures. Concernant la sphère orale, les pressions et massages partent des zones exo-buccales pour arriver dans la bouche, rappelant les massages intra-buccaux de Senez (2002).

3.2.1.2. Les massages intra-buccaux de désensibilisation de Senez (2002)

L'objectif des massages intra-buccaux de désensibilisation de Senez (2002) est de réduire l'hypersensibilité de la bouche par le biais de stimulations répétées et progressives. Le principe de désensibilisation de la bouche suit celui mené en ergothérapie de « desensitization » de la main devenue hyperpathique (hypersensible) à la suite d'un traumatisme (Senez 2004). Quand la main ou la bouche sont hypersensibles le sujet va développer des conduites d'évitement par rapport à tous stimuli pouvant déclencher cette hyperesthésie. Pour désensibiliser, les stimulations sont répétées de manière progressive et pluriquotidienne pour qu'elles soient de mieux en mieux acceptées. En effet, les récepteurs sensoriels ont une capacité d'adaptation. C'est-à-dire que l'amplitude de leurs potentiels d'action décroît en réponse à une stimulation constante ou itérative, provoquant une désensibilisation du nerf sensitif pour ce stimulus, tout en restant sensible pour

d'autres stimuli (Senez 2008). Les massages intra-buccaux que proposent Senez consistent en un geste fortement appuyé et rapide, une sorte de « friction énergétique ». Ils suppléent aux expériences qui doivent être faites dans le développement normal.

Il faut effectuer ces massages trois fois aller-retour selon la progression suivante :

- gencive supérieure droite puis gauche
- gencive inférieure droite puis gauche
- région apicale et médiane du palais, côté droit puis côté gauche
- et finir par un appui énergétique sur la pointe de langue afin qu'elle vienne se plaquer au plancher de la bouche (Figure 6).

Les massages seront au départ d'une petite amplitude qui augmentera progressivement sur plusieurs mois. Ils sont à effectuer huit fois par jour pendant sept mois. Même si des progrès se font rapidement, cette durée doit être rigoureusement respectée.

Lors des massages, il est essentiel de ne pas déclencher de réflexe nauséux. Ce moment doit être ludique et affectueux. On peut ainsi chanter une comptine permettant à l'enfant de mieux appréhender le temps des massages. C'est aussi un moyen de détourner son attention et d'y associer un moment de plaisir.

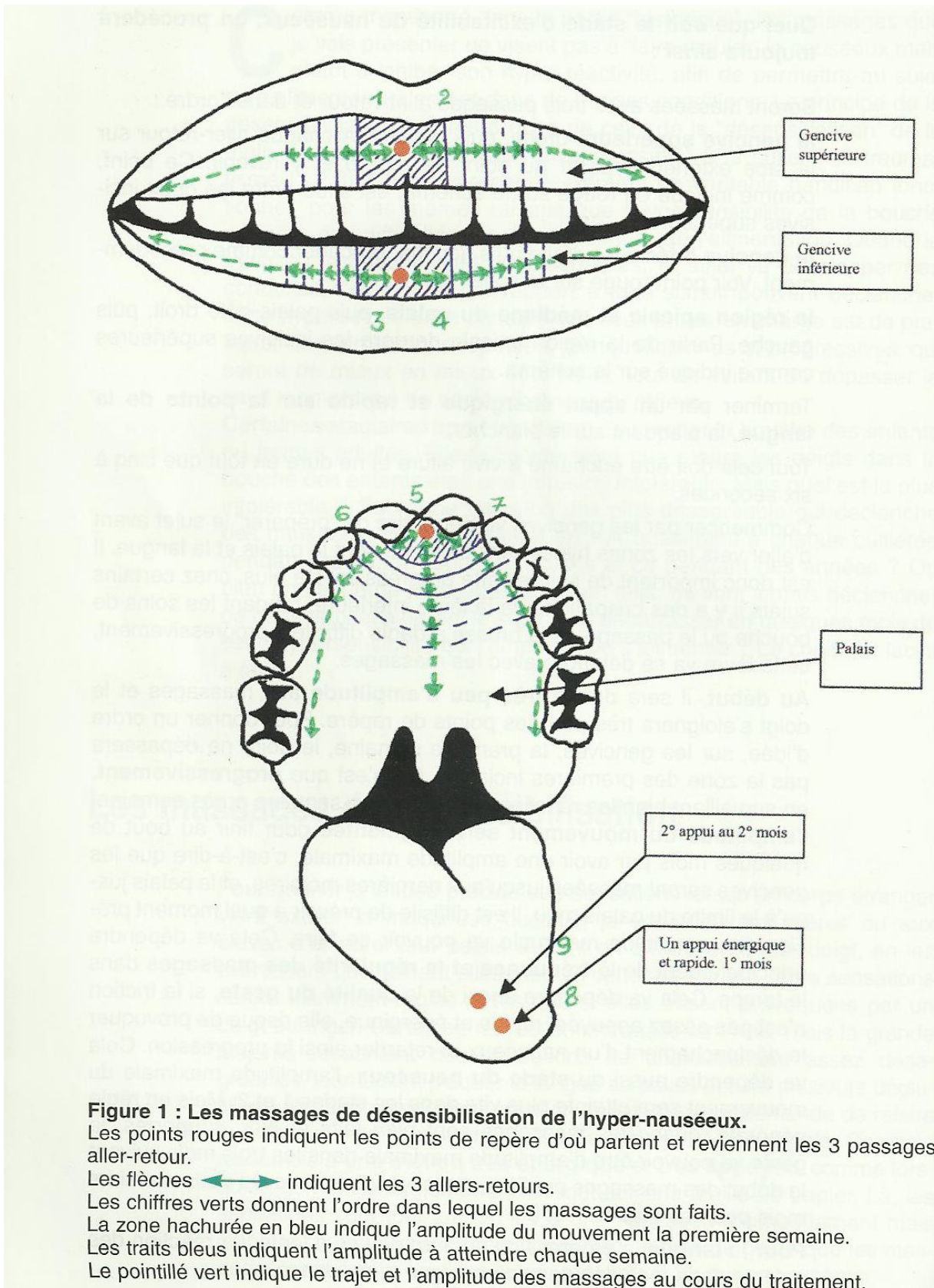


Figure 1 : Les massages de désensibilisation de l'hyper-nauséux.

Les points rouges indiquent les points de repère d'où partent et reviennent les 3 passages aller-retour.

Les flèches \longleftrightarrow indiquent les 3 allers-retours.

Les chiffres verts donnent l'ordre dans lequel les massages sont faits.

La zone hachurée en bleu indique l'amplitude du mouvement la première semaine.

Les traits bleus indiquent l'amplitude à atteindre chaque semaine.

Le pointillé vert indique le trajet et l'amplitude des massages au cours du traitement.

Figure 6 : Les massages de désensibilisation de l'hyper-nauséux (Senez 2002)

3.2.2. Désensibilisation par introduction hiérarchique d'aliments

Toomey (2002) propose une progression d'approche sensorielle de la nourriture : tolérer visuellement la nourriture, intéragir avec sans la toucher, la sentir, la toucher, la goûter et finalement la manger.

Aussi, Lovaas (1981) (Annexe 6, A8) et Leaf et al. (2006) cités par Poirier et al. (2011) proposent des programmes d'approches comportementales d'introduction d'un nouvel aliment basés sur des stratégies d'imitation de l'adulte. La progression se réalise en différentes étapes pouvant aller du simple fait de regarder un morceau d'aliment jusqu'à le mâcher et l'avalier.

Exposer l'enfant systématiquement et progressivement à des aliments anxiogènes favorise sa désensibilisation pour que son anxiété diminue et qu'éventuellement il accepte de les manger (Nadon 2011b). Cette désensibilisation peut se faire par modification des propriétés sensorielles des aliments (cf 3.1.6.).

Pour supprimer un rejet initial, il faut familiariser l'enfant à l'aliment. Une moyenne de 10 expositions à un aliment, associées à un renforcement positif est nécessaire pour que l'enfant accepte celui-ci (Birch 1999). Pour Barbier (2010) l'aliment doit être présenté 30 fois avant qu'il soit goûté ou accepté par l'enfant. Cette exposition répétée est favorisée par un contexte affectif chaleureux et non instrumental.

Il faut partir des aliments appréciés par l'enfant (Vermeulen et al. 2010) et intervenir plutôt en dehors des repas. Il convient également de parler à l'enfant de ce qu'il mange en termes hédoniques pour amener à aimer le goût et non en termes nutritionnels ce qui est difficilement accessible aux enfants et culpabilisant (Toomey 2002). Au niveau nutritionnel, il est montré qu'un aliment peu rassasiant sera davantage apprécié accompagné d'un féculent (Rigal 2004).

Ensuite, il faudra alterner les exercices avec l'aliment et les jeux autour pour augmenter le contact avec l'aliment. Acheter, cueillir ou bien cuisiner les aliments permettra une meilleure acceptation qu'en plat tout préparé. De plus, Samuel-Lajeunesse et al. (1994) rappellent que « porter les objets à la bouche, les mâchonner, fait partie des conduites d'exploration entre 6 et 18 mois ».

3.2.3. Approches comportementales

Les approches comportementales s'appuient sur une analyse fonctionnelle des comportements de l'enfant pendant les repas. Il s'agit d'observer le comportement cible, son élément déclencheur et ses conséquences ainsi que la situation durant

laquelle il survient. Pour agir sur le comportement cible, le thérapeute va modifier ses conséquences. Plusieurs études suggèrent l'efficacité des interventions comportementales pour augmenter l'acceptation de nouveaux aliments (Matson et al. 2009, Williams et al. 2010 cités par Nadon 2011b, Addison et al. 2012).

3.2.3.1. Principe du renforcement

« Le renforcement positif consiste à récompenser l'enfant lorsqu'il produit le comportement souhaité pour augmenter la probabilité qu'il se reproduise. La présentation séquentielle est une forme de renforcement positif. Dans ce type d'intervention, l'acceptation du nouvel aliment est directement suivie de l'aliment préféré de l'enfant. » (Nadon 2011b).

Toomey (2002) considère que l'objectif de tous les traitements des troubles d'alimentation est de créer une situation de repas positive. Les repas doivent être agréables pour l'enfant et chaque interaction avec un aliment doit être récompensée par une sollicitation verbale, un sourire ou un applaudissement.

3.2.3.2. Quelques exemples d'interventions comportementales

Mueller et al. (2004) ont proposé de mélanger un aliment apprécié par l'enfant à un aliment non apprécié avec une progression du ratio de ce mélange. Cette intervention est associée à un renforcement positif (verbal ou stimulus préféré) et à un maintien de la cuiller devant la bouche de l'enfant tant que celui-ci n'a pas accepté le morceau de nourriture. Les deux enfants de cette étude ont augmenté leur répertoire alimentaire.

Plusieurs interventions ont pour objectif de réduire la fuite face au repas ou à un aliment. Les deux procédures de non fuite sont le non retrait de la cuiller devant la bouche de l'enfant (Mueller et al. 2004, Kozlowski et al. 2011, Addison et al. 2012) et la guidance physique. Différents programmes utilisent une petite brosse à la place d'une cuiller pour la présentation des aliments (Gulotta et al. 2005, Girolami et al. 2007). Girolami et al. (2007) ont démontré que la petite brosse était plus efficace que la cuiller pour réduire l'expulsion d'aliments chez une enfant de 4 ans avec des problèmes alimentaires. Gulotta et al. (2005) ont utilisé la petite brosse car elle était plus maniable pour placer les aliments sur la langue des enfants et récupérer les aliments gardés en bouche. Dans cette dernière étude, les intervenants redistribuent les aliments recrachés en présentant à nouveau le bolus devant la bouche de l'enfant ou en replaçant au milieu de la langue les aliments gardés en bouche à l'aide de la

petite brosse. Cette procédure a réduit le « packing » chez tous les enfants de manière variable ainsi que le temps de latence pour vider leur bouche et a augmenté la quantité de nourriture consommée chez quatre enfants avec de sévères troubles alimentaires.

Laud et al. (2009) ont démontré l'efficacité, au cours du programme puis à long terme, d'un traitement comportemental associé à un travail pratique, proposé de manière quotidienne sur 5 à 7 jours par semaine.

3.2.4. Articulation des différentes approches en orthophonie

Dans sa prise en charge des troubles d'oralité alimentaire chez les personnes autistes, l'orthophoniste veillera à l'aménagement de l'environnement pendant les repas et pourra faire appel aux différentes approches vues précédemment. Les séances d'orthophonie pourront s'accompagner d'un travail :

- de stimulation passive des effecteurs oro-faciaux par le biais de tapping, de vibrations ou de massages
- des praxies bucco-faciales pour les problèmes moteurs tels qu'un déficit de mastication
- de la déglutition par le biais d'une rééducation oro-myo-fonctionnelle visant à tonifier la sphère oro-faciale et à obtenir une déglutition adulte
- de l'attention conjointe pour développer la notion de plaisir partagé lors des repas
- de la communication et du langage (compréhension et expression) qui permettra de mieux appréhender le concept des aliments et du repas
- sur les règles sociales autour du repas et de l'alimentation par le biais par exemple de scénarios sociaux (Poirier et al. 2011).

En somme, il est essentiel de prendre en considération tant dans notre bilan que dans notre projet de soins orthophoniques, les difficultés alimentaires des personnes avec autisme, le plus précocément possible (Prudhon et al. 2012).

4. Buts et hypothèses

L'oralité fait partie des domaines de compétences de l'orthophoniste tout comme la prise en charge des troubles de communication et de langage dans le cadre de l'autisme. Les orthophonistes sont donc amenés à prendre en charge des troubles d'oralité chez des personnes autistes.

Nous pouvons alors nous interroger sur l'impact d'une prise en charge orthophonique de l'oralité alimentaire chez des enfants autistes.

Notre mémoire aura pour buts :

- d'enquêter auprès de parents et de professionnels confrontés aux troubles d'alimentation des enfants autistes au moyen de questionnaires
- de créer une évaluation orthophonique des troubles d'oralité alimentaire chez les enfants autistes
- de recueillir des informations auprès des professionnels et des parents des enfants ciblés par notre étude pour mieux appréhender leurs troubles d'alimentation
- de mettre en place une prise en charge orthophonique de l'oralité alimentaire des enfants entrant dans notre étude pour réduire leurs troubles
- enfin, de dégager de cette prise en charge, des pistes rééducatives à destination des orthophonistes.

Nous partons des hypothèses que :

Hypothèse 1 : Les professionnels prenant en charge des enfants autistes sont confrontés aux troubles d'alimentation.

Hypothèse 2 : L'évaluation de la connaissance des aliments, des praxies bucco-faciales et l'observation des comportements face à des aliments ciblent les troubles d'alimentation des enfants autistes.

Hypothèse 3 : Une prise en charge orthophonique de l'oralité alimentaire, de 15 à 30 min minimum par semaine, réduit les troubles d'alimentation chez les enfants autistes.

Sujets, matériel et méthode

1. Sujets

Nos sujets étant pris en charge dans deux SESSAD² « Autisme », nous présenterons dans un premier temps ces deux structures.

1.1. Présentation des SESSAD

1.1.1. SESSAD X

Le SESSAD X, situé dans Paris, a été créé en 1995 et est depuis 2006 géré par l'Association Française de Gestion (AFG) de services et établissements pour personnes autistes. Le SESSAD X s'adresse à des enfants et adolescents atteints d'autisme ou de TED selon les critères du DSM IV et de la CIM 10. Le SESSAD X a un agrément pour accueillir 40 enfants domiciliés à Paris et âgés de 3 à 20 ans. Tous, doivent avoir une notification de la MDPH³. La première mission du SESSAD est d'aider au maintien de l'enfant, adolescent, jeune adulte dans son milieu ordinaire de vie qu'il soit familial, social et scolaire. Les interventions s'accomplissent dans les différents lieux de vie et d'activités de l'enfant ou de l'adolescent (domicile, crèche, école, lieux de loisirs, transports, magasins...) et dans les locaux du service. L'action du SESSAD est définie pour chaque enfant dans un projet éducatif, rééducatif et sportif, individualisé après un échange inter-professionnel. L'enfant et sa famille sont au centre du dispositif. Le SESSAD comprend 24 professionnels dont les domaines d'intervention sont complémentaires. L'équipe est composée d'une directrice, de secrétaires, d'un médecin pédopsychiatre, d'une assistante sociale, d'éducatrices spécialisées dont une éducatrice pour le service de suite (14-20 ans), de monitrices éducatrices, de psychologues, d'orthophonistes, de psychomotriciennes et d'un professeur de sport adapté. Tous les intervenants auprès de l'enfant ont acquis la maîtrise de la méthode de l'éducation structurée et bénéficient de formations continues.

1.1.2. SESSAD Y

Le SESSAD Y a été créé en 2006 à l'initiative d'une association de parents. Il accueille actuellement 45 enfants et adolescents autistes ou présentant des TED, âgés de 3 à 20 ans, dont la majorité est scolarisée.

2 SESSAD : Service d'Education Spéciale et de Soins à Domicile

3 MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées

Son objectif est de proposer une prise en charge globale avec des interventions plus ou moins longues sur les temps scolaires, de loisirs ou à domicile, qui peuvent être individuelles et/ou collectives selon les besoins. Le SESSAD se situe dans une approche éducative et comportementale. Les professionnels sont ainsi régulièrement formés à ce type d'approche (méthodes TEACCH⁴, PECS⁵, ABA⁶). Les prises en charge sont assurées par des psychologues, des psychomotriciennes, une orthophoniste, des éducateurs spécialisés et des moniteurs-éducateurs. L'équipe est aussi composée du directeur, du chef de service, d'un médecin psychiatre, d'une secrétaire et d'une assistante sociale.

Les profils des enfants sont très variés allant d'un comportement très agité ou au contraire très apathique. La population du SESSAD peut s'étendre d'enfants ou adolescents qui ne réagissent pas et ne se préoccupent pas de la présence de l'autre à d'autres pouvant établir des relations mais conservant un décalage par rapport aux enfants tout venants. L'admission d'un enfant au sein du SESSAD est soumise à une notification de la MDPH.

Les objectifs de la prise en charge sont ensuite définis dans un pré-projet trois mois après l'admission. Puis, un projet éducatif individualisé (PEI), renouvelé tous les ans, est établi après réunion de synthèse de l'équipe pluridisciplinaire.

1.2. Critères de choix de la population étudiée

Les enfants inclus dans cette étude devaient :

- Être diagnostiqués TED
- Pris en charge par un SESSAD autisme (3 -20 ans)
- Avoir des troubles d'oralité alimentaire décelés par le personnel du SESSAD.

Nous avons intégré 6 enfants dans notre étude. Mathias, Rémi et Alphonse étaient suivis au SESSAD X et Franck, Sylvain et Louise au SESSAD Y.

Nous présenterons précisément chacun de ces cas cliniques par la suite (cf « Sujets, matériel et méthode » 2.5.)⁷. Il nous a été impossible de définir de critères d'exclusion au regard des différences de profil des 6 enfants.

4 Treatment and Education of Autistic and related Communication handicapped Children (Schopler E. 1972)

5 Pictures Exchange Communication System ou Système de Communication par Echange d'Images (Bondy et Frost 1985)

6 Applied Behavior Analysis

7 Les références se rapportent au chapitre cité, comme ci-dessus. Celles non suivies d'une précision de chapitre renvoient à la partie « Contexte théorique, buts et hypothèses ».

2. Méthodologie

2.1. Démarches préalables auprès de nos SESSAD

Intéressées par la prise en charge de l'autisme, nous avons pris contact avec des SESSAD « autisme » de la région parisienne pour y effectuer nos stages de 4ème année d'orthophonie.

2.1.1. Observation d'un atelier sensoriel et d'un atelier repas

Dans une première approche des troubles d'alimentation, l'une de nous a assisté à un atelier sensoriel et un atelier repas au sein du SESSAD Y sur deux journées (les 9 et 16 mai 2012). L'atelier sensoriel mené par deux éducatrices et une psychomotricienne sur 1h accueillait 3 enfants. Un des cinq sens était choisi comme thème et changeait à peu près tous les trimestres. Lors de l'atelier, différentes activités étaient proposées aux enfants autour de ce sens. L'atelier repas regroupait 3 enfants dont 2 participaient également à l'atelier sensoriel. Il était mené par 3 éducatrices s'occupant chacune d'un enfant. L'objectif était de diversifier l'alimentation de chaque enfant selon leur sélectivité. La nourriture cible était fractionnée dans différents petits bols afin de séquentialiser l'ingestion de la quantité visée. De plus, les éducatrices proposaient des renforçateurs pouvant être alimentaires (un morceau d'aliment préféré), verbaux (« c'est bien ! Bravo! »), physiques (caresses) ou encore ludiques (petits jouets miniatures). L'atelier repas n'a pas pu être poursuivi cette année malgré le constat de problèmes alimentaires observés chez certains enfants.

2.1.2. Présentation de notre sujet de mémoire et accord pour notre intervention

Dans un premier temps, nous avons présenté notre travail dans les structures afin d'avoir leurs accords pour proposer notre intervention. Les modalités ont été différentes dans nos SESSAD respectifs.

Au SESSAD X, une entrevue a été organisée avec la directrice, une psychologue et l'orthophoniste afin d'exposer les buts de notre mémoire et de réfléchir ensemble à la sélection des cas cliniques. Plus tard, une présentation à toute l'équipe du SESSAD a été effectuée et a permis de recueillir quelques témoignages de professionnels confrontés aux problèmes d'alimentation dans leur pratique auprès d'enfants autistes.

Au sein du SESSAD Y, l'introduction du sujet de mémoire s'est faite par l'envoi d'un courrier, accompagné de la proposition de sujet, adressé à la directrice en mars 2012 (Annexe 7, A9). En septembre, les professionnels intervenant auprès des cas cliniques ont été impliqués dans le projet au cours de discussions informelles. Ce travail autour de l'alimentation a suscité un intérêt immédiat dans ce SESSAD dans la mesure où l'alimentation était déjà une problématique mise en pratique l'année précédente lors d'un atelier repas (cf « Sujets, matériel et méthode » 2.1.1.).

2.1.3. Sélection des cas cliniques

Les cas cliniques de notre mémoire ont été sélectionnés grâce aux observations des intervenants qui avaient décelé au préalable des troubles alimentaires chez des enfants suivis dans nos SESSAD. Nous étions également soumises à des impératifs d'organisation. Nous devions en effet pouvoir intervenir auprès des enfants une fois par semaine pendant notre jour de présence en stage au SESSAD. Les troubles d'alimentation de Louise entrant parfaitement dans notre étude, nous avons décidé de l'y inclure même si nous ne pouvions réaliser nous-mêmes la prise en charge. Son orthophoniste avec qui nous étions en échange régulier l'a donc suivie selon nos indications à un autre moment de la semaine.

Une fois les enfants sélectionnés, il nous fallait obtenir l'accord de leurs parents et leur faire signer le consentement de participation à notre étude.

Nous avons aussi envoyé un courrier et rencontré la directrice de l'ULIS de Mathias et Rémi afin d'obtenir l'accord d'intervenir dans cet établissement.

La prise en charge de Rémi ayant dû être arrêtée en cours d'année, nous avons choisi d'inclure Alphonse, un nouvel enfant du SESSAD X, à notre étude. Pour ce faire, nous avons demandé les accords de la directrice, de la psychologue, des parents, de l'éducatrice de l'enfant et de son école afin d'intervenir 15 minutes sur le temps scolaire le plus rapidement possible.

2.2. Enquêtes auprès des parents et professionnels concernés par les troubles d'alimentation chez les enfants autistes

Afin de mieux appréhender les troubles d'alimentation chez les enfants porteurs d'autisme avant de commencer notre intervention, nous avons enquêté auprès de parents et professionnels concernés.

2.2.1. Rencontres avec des orthophonistes sensibilisées aux problèmes d'oralité alimentaire

Nous avons rencontré le 13 mars 2012 Carole Maniez, orthophoniste et responsable d'un atelier de prise en charge en groupe des troubles alimentaires chez des enfants déficients visuels multihandicapés à l'IME « La Pépinière » de Loos (59). Puis le 6 avril 2012, nous avons pu observer cet atelier, appelé « cric crac croque », qui est accompagné de comptines (Annexe 8, A10) et propose des massages préconisés par Senez .

Nous avons également eu l'occasion de rencontrer le 3 avril 2012 Lysianne Nogent, orthophoniste travaillant à l'hôpital de jour « Arc en Ciel » de Roubaix (59) qui ayant assisté à la conférence de Thibault sur « l'oralité contrariée » du 8 février 2012, a pu répondre à nos questions et orienter nos lectures ainsi que le début de notre travail.

2.2.2. Questionnaire aux parents

Nous avons créé un questionnaire pour recueillir le ressenti de parents confrontés aux troubles d'alimentation chez leur enfant autiste. Dans l'optique d'obtenir le maximum de réponses, ce questionnaire se veut bref et simple à remplir. Ainsi, trois questions permettent de cibler les problèmes rencontrés, les stratégies mises en place par les parents et leurs attentes quant à une prise en charge orthophonique. Ces questions sont ouvertes car nous voulions nous adresser à la subjectivité des parents sans préjuger de ce qui peut être problématique chez leur enfant (Annexe 9, A14).

2.2.3. Questionnaire aux professionnels

Par le biais de ce questionnaire, nous voulions collecter, auprès de différents professionnels sensibilisés aux problèmes d'alimentation chez des enfants autistes, les observations et les moyens éducatifs et rééducatifs mis en place, afin d'appréhender au mieux le sujet de notre travail. Pour ce faire, nous nous sommes inspirées du questionnaire sur l'alimentation à destination des professionnels du mémoire de Dupré (2011) ainsi que du DVD de Crunelle (2008).

Suite à notre entretien avec Lysianne Nogent, nous avons réétudié notre questionnaire à destination des professionnels. Ainsi, nous nous sommes rendu compte que le catalogue de questions sur tous les troubles alimentaires, qui composait notre trame d'entrevue, n'était pas pertinent dans la mesure où

l'orthophoniste les avait tous rencontrés séparément dans sa patientèle. L'idée de cibler les questions sur un enfant en particulier nous est donc apparue évidente. Notre questionnaire se divise en deux parties, la première est constituée de questions ouvertes sur l'oralité en général et la deuxième cible un enfant en particulier. En seconde partie le choix est forcé et chaque réponse se situe sur une échelle de 0 à 4 correspondant à la fréquence d'apparition de comportements positifs ou négatifs. Un espace est prévu lorsque des détails sont à apporter à la réponse graduée (Annexe 10, A15).

2.2.4. Diffusion des questionnaires

Une fois ces deux questionnaires achevés, il nous fallait les diffuser à une population concernée par l'autisme. Nous avons alors contacté le Centre Ressource Autisme (CRA) du Nord qui nous a permis de déposer une annonce sur leur site internet www.cra-npdc.fr et nous a communiqué les coordonnées de nombreuses associations du Nord. Après avoir créé une adresse mail consacrée au mémoire : autisme.alimentation@gmail.com, nous sommes entrées en contact avec ces associations par mail. Nous avons également contacté le CRA d'Ile de France (CRAIF) ainsi que le syndicat des orthophonistes de Paris (SDOP) pour diffuser notre annonce, notamment auprès des professionnels. Pour contacter des parents, nous nous sommes inscrites sur différents forums (doctissimo, autisme entre ed', autisme.forummavie.com, handicap.fr, e-santé).

2.3. Évaluation des troubles d'alimentation de nos cas cliniques

Afin de cibler les troubles de l'oralité alimentaire des jeunes que nous avons suivis, il était essentiel de glaner des informations auprès des professionnels du SESSAD travaillant avec l'enfant, auprès de ses parents et d'effectuer notre propre évaluation pré et post-intervention.

2.3.1. Questionnaire aux professionnels

Le questionnaire aux professionnels conçu pour la diffusion sur internet nous paraissant complet, nous l'avons utilisé dans nos SESSAD. Les éducateurs et rééducateurs intervenant auprès des sujets cibles de notre mémoire ont complété ce questionnaire, ce qui nous a permis d'appréhender les problèmes alimentaires propres à chaque jeune.

2.3.2. Entretien avec les parents

Afin d'obtenir le point de vue des parents sur l'alimentation de leur enfant, nous avons prévu de les rencontrer lors d'un entretien. Nous avons donc créé une trame de questions ouvertes laissant ainsi une plus grande liberté d'expression. Nous avons choisi de reformuler les questions de manière plus simple que dans le questionnaire destiné aux professionnels, en supprimant les termes techniques et en utilisant des tournures accessibles à tous. Le déroulement du questionnaire part de questions générales pour aller vers d'autres plus précises et délicates ; de cette façon les points plus difficiles sont abordés une fois la discussion engagée et une certaine confiance installée.

Au sein du SESSAD Y, ces entretiens ont pu se faire, pour les trois enfants pris en charge, entre octobre et décembre 2012. Ils ont duré de 30 min à 2h avec un des parents de l'enfant dans un bureau du SESSAD. La situation de rencontre directe a permis selon les parents de pouvoir aborder d'autres points non prévus dans nos questions. L'échange restait libre afin qu'ils puissent exprimer certaines choses importantes pour eux, même si cela n'entraînait pas dans le cadre de l'alimentation spécifiquement.

Au SESSAD X, rencontrer sous cette forme les parents de Mathias, Rémi et Alphonse était impossible. Nous leur avons alors fait parvenir un questionnaire écrit. Nous avons donc remanié notre trame d'entrevue sous forme de questions écrites accessibles à des parents (Annexe 11, A19). En ce qui concerne Mathias, outre les réponses écrites à notre questionnaire, nous avons l'occasion de rencontrer le père avant chaque séance, ce qui nous a permis de trouver des réponses à nos interrogations. Concernant Rémi, malgré de nombreuses relances auprès de la mère, nous n'avons jamais eu de retour de notre questionnaire. La mère d'Alphonse a répondu à notre questionnaire et nous avons approfondi notre investigation par échange téléphonique.

2.3.3. Notre évaluation des troubles d'alimentation

Nous avons créé une évaluation à soumettre avant et après notre intervention afin d'en mesurer l'efficacité. Ce test composé de 3 subtests permet de cibler rapidement la connaissance des aliments, les compétences pratiques orales et le comportement face à 3 aliments. L'examineur notait la réussite des items pour chaque épreuve et reportait ses observations sur les grilles de cotation.

2.3.3.1. Epreuve de connaissance des aliments

Les troubles d'alimentation pouvant limiter la palette alimentaire, nous voulions par cette épreuve tester les connaissances lexicales de l'enfant dans ce domaine en balayant les différents groupes alimentaires. Nous avons sélectionné 28 aliments que nous avons pu illustrer avec les photos Nathan© et les images de l'imagier du père Castor©. Nous avons veillé à la clarté des items (photos et images) et ainsi sélectionné des représentations prototypiques des aliments. Cela nous paraissait essentiel du fait d'une perception visuelle particulière envisageable dans l'autisme. En première intention, nous proposons les 28 photos en dénomination. Si l'enfant n'en était pas capable, nous aurions présenté l'épreuve sous forme de désignation. Au vue du déficit d'accès au langage d'un des enfants, nous avons ajouté une modalité supplémentaire, celle d'associer photo/image/aliment réel/aliment en plastique (Annexe 12, A21).

2.3.3.2. Epreuve des praxies bucco-faciales

S'alimenter nécessite des mouvements de la sphère bucco-faciale que nous avons répertoriés dans notre évaluation comprenant 20 items. Ainsi, nous testons les praxies mandibulaires, linguales, labiales, jugales et le souffle buccal. Nous nous sommes inspirés des épreuves praxiques d'EVALO 2-6 (Coquet et al. 2009) et de l'évaluation des praxies linguales de Jouannaud et al. (1972). Nos cas cliniques étant habitués à l'utilisation de visuels, nous avons utilisé les images du jeu « Mimic © » (Schubi 2002) en partant du principe qu'elles soutiendraient la compréhension de la tâche demandée. Il nous a fallu ajouter les deux items de diduction en dessinant nous-mêmes les praxies à réaliser (Figure 7).

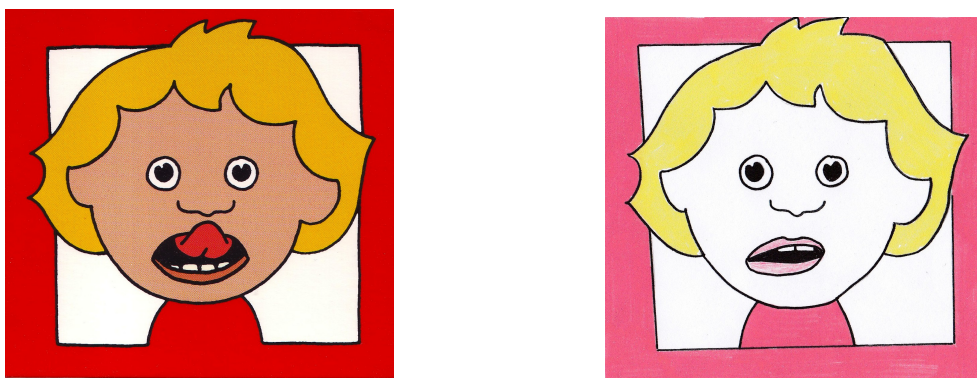


Figure 7 : Items « Lever la pointe de la langue vers le bout du nez » et « Déplacer la mâchoire inférieure latéralement du côté gauche »

Pour certains enfants, la passation de cette épreuve a été effectuée en faisant défiler les images sur ordinateur. Pour d'autres, les cartes-images ont permis de structurer l'activité et canaliser l'attention de l'enfant. De plus, nous subodorions que des images pallieraient le déficit d'imitation souvent retrouvé dans l'autisme. Nous faisons aussi l'hypothèse qu'il pourrait être plus facile de regarder l'image plutôt que l'examineur du fait de l'absence possible de contact oculaire des autistes (Annexe 13, A23).

2.3.3.3. Observation du comportement lors de la présentation d'aliments

Nous avons choisi d'évaluer le comportement de l'enfant face à la présentation de 3 aliments et d'un verre d'eau. Nous disposions simultanément un verre d'eau et chaque aliment sur des assiettes distinctes. Il nous semblait intéressant de reporter nos observations sur une grille que nous avons créée afin de diriger notre analyse du comportement de l'enfant. Nous avons répertorié 4 domaines : l'exploration des aliments par l'enfant, sa mastication, sa déglutition ainsi qu'une partie sur les autres comportements qu'il pourrait avoir lors de cette épreuve. Notre grille est divisée en 3 colonnes afin de noter l'attitude de l'enfant face à chacun des aliments. Le choix des 3 aliments a été réfléchi de manière individualisée en fonction de chacun des profils des enfants. Nous avons sélectionné 3 textures différentes afin d'évaluer l'impact de celles-ci sur la mastication et la déglutition. De plus, il nous a semblé important que l'un des aliments soit apprécié de l'enfant pour le mettre en confiance et observer les différences de comportement par rapport à ses goûts. Pour lister les éléments à observer chez l'enfant lors de l'exploration des aliments, nous nous sommes inspirées du test de la sphère sensorielle de l'alimentation (TSSA) s'attachant au matériel comestible, du mémoire de Tessier (2010). Concernant la mastication et la déglutition, nous nous sommes appuyées sur les grilles d'évaluation du DVD de Crunelle et al. (2008) et avons repris certains items de notre questionnaire destiné aux professionnels. Pour les trois premiers domaines de notre feuille d'observation, l'examineur cochant parmi la liste des comportements du tableau, ceux présentés par l'enfant. Dans la dernière partie, les observations complémentaires étaient à rédiger (Annexe 14, A24).

Être en double examinateur avec l'orthophoniste pendant notre évaluation, nous a permis de recueillir un maximum d'observations. Néanmoins, nos 3 subtests

n'étant pas exhaustifs, les données obtenues auprès des parents et des professionnels restaient indispensables pour avoir une vision globale des troubles d'alimentation de l'enfant et proposer une prise en charge de l'oralité alimentaire adaptée.

2.4. Prise en charge de l'oralité alimentaire

2.4.1. Idée d'un protocole commun

A partir de nos premières recherches sur le thème de l'oralité alimentaire, nous avons envisagé l'idée d'un protocole de rééducation des troubles de l'alimentation chez les enfants autistes. Notre rencontre avec Mme Maniez, orthophoniste, et l'observation de l'atelier Cric Crac Croque nous ont orientées dans l'idée de mettre en place une **structure type de séances de rééducation de l'oralité alimentaire**.

En effet, Cric Crac Croque qui a fait l'objet d'un mémoire d'orthophonie en 2010 est un atelier de prise en charge de l'alimentation qui suit un schéma prédéfini. Il a lieu une fois par semaine dans la matinée et regroupe 4 à 5 enfants déficients visuels multihandicapés ayant des troubles d'alimentation. Chaque enfant est accompagné d'un adulte. La séance débute par des **comptines pour désensibiliser tactilement les mains puis le visage** des enfants. D'autres comptines sont utilisées pour travailler le **schéma corporel du visage**. La progression se fait donc du corps vers la bouche pour arriver aux **massages intra-buccaux** de Senez, appliqués avec le doigt, eux aussi associés à une comptine : « 1,2,3 soleil ». Ce sont **toujours les mêmes comptines** qui sont chantonnées permettant de rassurer et de mettre en confiance les enfants (Annexe 15, A26). Des aliments sont ensuite proposés aux enfants en fonction de leurs aversions, décelées par les professionnels et les parents. Parfois, il est nécessaire d'aller masser les gencives de l'enfant avec l'aliment en reprenant « 1,2, 3 soleil ». Une comptine de fin clôt l'atelier.

Lors de notre entretien, Mme Maniez a approuvé l'intérêt et la possibilité d'adapter son atelier à une population autiste en prise en charge individuelle.

Par ailleurs, la synthèse effectuée par Puech et al. de l'évolution de la déglutition en fonction du développement neuro moteur, nous montre le passage des réflexes archaïques aux automatismes dans le cadre normal du développement de l'enfant de 0 à 2 ans (Figure 8).

Âges Mois	Motricité Globale	Préhension	Temps de préparation	Temps de transport oral	Temps pharyngé	Progression
0-4	asym. + flex tête médiane	Aspiration à la tétine : sein ou biberon		Sucking*	Succion-déglutition réflexe	Liquide
4-6	Tenu assis Contrôle de tête	Tétine+ débuts à la cuillère+ apprentis- sage de la boisson au verre	Malaxage	Sucking	Diminution du réflexe de succion- déglutition	Liquide + Semi- liquide
6-9	Rotation 4 pattes Debout	Tétine + cuillère + verre	Malaxage + début de mastication	Sucking** + début sucking	Début de dissociation entre succion et déglutition	Semi-liquide + Mixé
9-12	Marche de côté	Cuillère + verre	Malaxage > mastication	Sucking > sucking		Mixé + Solide mou
12-18	Marche + Différents stades	Cuillère + verre	Malaxage < mastication	Sucking < sucking		Solide mou + Solide dur
18-24	Sensori Moteurs	Cuillère + verre	Mastication Sucking		Succion et déglutition indépendantes	Solide dur

Figure 8 : Evolution de la déglutition en fonction du développement neuro-moteur (Puech et al., 2004)

Ce tableau constituait un bon support d'application du principe qui est de partir des acquis de l'enfant et de suivre les étapes du développement normal. Plus particulièrement, la **progression au niveau de l'utilisation d'ustensiles, de l'acceptation des textures et des capacités de déglutition** ont retenu notre attention. Après lecture de Vermeulen (2010), nous pensions **partir de l'aliment préféré** de l'enfant pour introduire de la variété.

Le part cognitive dans la prise alimentaire dont fait référence Fondelli (2010a) nous semblait aussi intéressante à travailler. C'est pourquoi nous avons voulu intégrer des activités approfondissant la **connaissance sémantique alimentaire** par du tri et/ou de la mise en mots des caractéristiques propres aux aliments. Nous avons imaginé qu'une meilleure connaissance de leurs propriétés permettrait d'anticiper les stimulations provoquées par les nouveaux aliments et de mieux accepter leur ingestion.

Comme étudié en partie 3.2.1., le **travail sensoriel** prend toute son importance dans la remédiation des troubles d'alimentation. En commençant par découvrir les propriétés sensorielles d'objets sur les plans tactiles, visuels, olfactifs ou auditifs, on explorera par la suite des aliments par les différents canaux sensoriels. Confronter ainsi l'enfant à un nouvel aliment favorise son acceptation.

Plus particulièrement, dans la prise en charge de l'alimentation chez les autistes, Lovaas décrit une **progression pour l'introduction d'un nouvel aliment**. L'enfant doit imiter l'adulte qui suit **7 étapes** allant du fait de toucher l'aliment au fait d'avaler celui-ci avec un renforçateur puissant pour chaque étape (Annexe 6, A8). Nous avons choisi cette approche pour habituer progressivement l'enfant aux nouveaux aliments dans l'objectif qu'il accepte de les manger. La déclinaison des étapes rejoint notre grille d'observation des comportements de l'enfant face à la présentation des aliments de notre évaluation.

En somme, nous avons établi une structure type de séance de rééducation de l'oralité alimentaire chez des enfants autistes en commençant par une comptine au niveau des mains. Une activité sur la connaissance des aliments aurait ensuite été proposée, suivie d'un travail sensoriel utilisant des objets. Nous aurions poursuivi par une approche de désensibilisation du visage associée à une comptine puis par des massages intra-buccaux au doigt. Nous aurions ensuite introduit un aliment suivant la progression de Lovaas (1981) pour terminer par une comptine finale.

La théorie s'est fait rattraper par la pratique. En effet, nous nous sommes aperçues de la non-viabilité d'un protocole commun face à la diversité de profils de nos cas cliniques (âges, niveaux intellectuels et de communication...) et surtout de leurs troubles alimentaires. Néanmoins, nous nous sommes grandement inspirées, lors de nos prises en charges de l'oralité alimentaire, des idées de notre structure type de séance, en les adaptant à chaque enfant.

2.4.2. Prise en charge individualisée

Pendant les premiers temps de stage, nous avons pris contact avec les enfants afin qu'ils s'habituent à notre présence et que nous puissions travailler avec eux. Les enfants autistes ayant des difficultés au niveau des interactions sociales, cette approche a nécessité un certain temps. Les exceptions ont été pour Alphonse avec qui une habitude n'était pas envisageable par souci de temps et pour Louise que nous n'avons pas pris nous-mêmes en charge.

Nous avons rassemblé toutes les informations concernant l'alimentation de chacun de nos cas cliniques et avons effectué notre évaluation. Suite à ces résultats, nous avons défini des objectifs de prise en charge individualisés afin de construire nos séances.

Après chaque séance, nous notons nos observations dans un tableau conçu au préalable pour chaque enfant. Il était composé de 6 colonnes répertoriant : la date, les exercices proposés, les matériels utilisés, les objectifs, les observations et les ajustements à effectuer.

2.5. Présentation, évaluation et prise en charge des cas cliniques

Nous présenterons ici les 6 enfants TED avec troubles d'alimentation intégrés dans nos SESSAD « autisme ». Pour chacun d'entre eux, nous commencerons par une présentation de leurs prises en charge au SESSAD et de leurs niveaux de communication et de langage. Nous détaillerons ensuite le contexte de leurs troubles alimentaires et les résultats de notre évaluation. La prise en charge de l'oralité alimentaire des 6 cas cliniques de ce mémoire sera exposée selon le contexte d'intervention, les objectifs et les moyens mis en place pour chaque enfant.

2.5.1. Mathias

2.5.1.1. Prises en charge au SESSAD

Mathias, âgé de **14 ans** est le dernier d'une fratrie de deux enfants. Il est arrivé il y a 7 ans au SESSAD X avec un diagnostic de TED. Dès lors, il bénéficie d'un suivi éducatif et de séances d'orthophonie, de psychomotricité et de sport. Sur le plan médical, Mathias est sujet à l'épilepsie ainsi qu'aux allergies et intolérances alimentaires. Il est actuellement scolarisé dans une ULIS⁸ à raison de 3 jours et demi par semaine. Mathias bénéficie d'un accompagnement permanent pendant le temps scolaire, il est donc aidé de son éducatrice du SESSAD (deux demi-journées hebdomadaires) ou d'intervenantes ABA. Mathias est aussi suivi en libéral deux fois par semaine par une orthophoniste pratiquant la méthode Padovan que nous avons essayé de joindre sans succès.

2.5.1.2. Niveau de communication et de langage

Il a **accès au langage oral et écrit** et est capable de faire des demandes verbales. Cet adolescent présente une **hypotonie au niveau des mains et de la sphère oro-faciale** d'après son bilan psychomoteur. A cette hypotonie s'ajoutent un

⁸ Unité localisée pour l'inclusion scolaire

manque d'initiative et des temps de latence longs. D'après le dernier bilan orthophonique de septembre 2012, en compréhension et expression, Mathias montre des **scores déficitaires au niveau lexical** (correspondant à ceux des enfants de CM2 à l'ELO⁹), encore **plus marqués sur le plan morpho-syntaxique** (se situant en dessous de la classe de grande section de maternelle à l'ELO).

2.5.1.3. Contexte des troubles alimentaires

Concernant l'alimentation, Mathias bénéficie d'un accompagnement pendant les repas à l'école par l'éducatrice et la psychomotricienne du SESSAD. Sa **palette alimentaire est très réduite** du fait de ses nombreuses **allergies et intolérances**. Ainsi, il mange exclusivement les plats préparés à la maison, composés de riz et ses dérivés, de carottes et de courgettes.

2.5.1.4. Evaluation de l'oralité alimentaire

Notre évaluation du 12 décembre 2012 montre une **bonne connaissance des aliments** ; 27/28 images sont dénommées (soit 96%). L'épreuve des praxies bucco-faciales met en évidence une **nette hypotonie de la sphère oro-faciale** (score de 4/20 : 20%). Du fait de ses difficultés, Mathias présente une persévération praxique qui consiste à sortir une langue plate et hypotone de sa bouche. Les mouvements linguaux et labiaux sont très limités et la mobilité jugale et mandibulaire est impossible. Lors de la présentation des aliments, nous lui proposons **un cracker de riz de texture semi-molle**, qu'il mange après en avoir fait la demande. **Sa mastication est efficace mais se fait bouche ouverte** avec une **respiration exclusivement buccale**. Lors de la consommation de la **biscotte de riz, de texture dure, la mastication de Mathias est moins fonctionnelle** ; il prend de grandes bouchées et laisse fondre les morceaux. Garder cet aliment en bouche accentue l'écoulement de salive que l'on peut observer par ailleurs. Une incitation verbale est nécessaire pour que Mathias s'intéresse à la **carotte et la prenne entre ses doigts**. **Il n'accepte ni de la sentir, ni de la goûter**. Lors de la déglutition d'une gorgée d'eau, on peut noter que Mathias compense son **défaut de continence labiale** en retroussant sa lèvre inférieure. Ajoutons que Mathias présente un **bavage quasiment constant** qui le situe au degré 2 de la « Blasco index measure drooling » (Cf 2.4.6). Un travail praxique au niveau de la sphère oro-faciale a été entrepris de manière ponctuelle chaque année par son orthophoniste du SESSAD.

9 Evaluation du langage oral (Khomsis 2001)

2.5.1.5. Prise en charge de l'oralité alimentaire

L'intervention auprès de Mathias s'est effectuée dans son ULIS le mercredi matin à 8h45, 15 min avant la séance d'orthophonie. Mathias venait accompagné de son père, ce qui nous a permis de brefs échanges. Dans le cadre de son autisme, un **planning écrit** devait être mis à sa disposition afin qu'il puisse visualiser les différentes étapes et anticiper ce qu'on allait lui demander. Sa lenteur d'exécution entrecoupée de longs temps de latence, nous a souvent obligées à barrer les derniers items sans les avoir réalisés par manque de temps mais aussi à déborder sur la séance d'orthophonie. Enlever son manteau et se mettre au travail lui demandaient déjà beaucoup de temps.

2.5.1.5.1. Objectifs de prise en charge

Au vu des résultats obtenus lors de notre évaluation et compte tenu des intolérances et allergies multiples de Mathias, nous avons ciblé un travail en amont de toute introduction d'aliment.

Les objectifs de notre prise en charge ont donc été :

- la réduction du bavage
- la mobilisation de la langue
- la gestion du bavage

2.5.1.5.2. Moyens mis en place et déroulement des séances

Pour réduire le **bavage**, objectif correspondant aux attentes parentales, nous avons travaillé la **continence labiale volontaire**. L'enchaînement des deux praxies ouverture/fermeture labiales constituait une activité de ligne de base que l'on proposait à chaque séance afin d'observer son évolution. Cette activité était toujours en première position pour mettre en place une routine rassurante pour Mathias. Des exercices tels qu'enserrer ses lèvres sur un papier plastifié représentant une langue, retenir une bulle de gant entre ses lèvres, un bouton tiré par un fil, permettaient de maintenir l'occlusion labiale.

Nous avons proposé des praxies en imitation pour entraîner la **mobilité linguale**. En effet, celle-ci se limitant à une sortie de langue hypotone et plate entre les lèvres, nous avons entraîné des praxies consistant à lever l'apex lingual derrière les incisives supérieures et à l'extérieur de la bouche vers le nez. Un dessin illustre chaque praxie et était reproduit du nombre de fois que Mathias devait réaliser ce mouvement. Il barrait les dessins au fur et à mesure que les praxies étaient

effectuées. Les réalisations pratiques étaient entravées par des syncinésies. Pour la praxie demandant d'ouvrir/fermer la bouche par exemple, Mathias avait des difficultés à ne pas accompagner ce geste d'un abaissement de la tête. En outre, une verbalisation (/am/) venait s'ajouter à ce mouvement. Pour s'assurer de la bonne compréhension des consignes, un visuel servait à les récapituler afin de limiter les informations auditivo-verbales (Annexe 16, A27). Un étayage physique a aussi été apporté à Mathias ; nous aidions la réalisation des praxies à l'aide de nos mains gantées et d'une cuiller en plastique. Avec l'accord des parents quant aux allergies et intolérances de Mathias, nous avons voulu exercer sa **protrusion linguale** en déposant du miel sur ses lèvres supérieures. Ainsi, il devait venir rechercher ce miel avec sa langue. Cette facilitation n'a pas eu d'effet sur les performances de Mathias qui ne montrait pas d'intérêt vis-à-vis de ce renforçateur positif.

Mathias ayant un écoulement salivaire constant, outre le travail sur la fermeture labiale, nous avons tenté d'intervenir sur les **informations péri-buccales** nécessaires pour ressentir que de la salive s'écoule de sa bouche. En effet, Mathias ne semble pas être réceptif à son bavage et sa manière d'éponger sa salive en essuyant sa bouche ne favorise pas cette prise de conscience car cela brouille les informations sensorielles. Nous lui avons donc appris à **tapoter sa zone péri-buccale** dans un mouvement ascendant du menton à ses lèvres inférieures. Ce tapotement était aussi travaillé sur ses écoulements de bave sur la table. Afin d'automatiser au maximum cette consigne, nous l'avons communiquée à l'entourage de Mathias.

2.5.2. Rémi

2.5.2.1. Prises en charge au SESSAD

Rémi est un adolescent âgé de **14 ans**. Il est suivi par le SESSAD X depuis 2 ans. Le Service lui propose un accompagnement éducatif dans son ULIS et à domicile, des séances de sport, d'orthophonie et de psychomotricité. Il participe aussi à un groupe jeux et un groupe d'expression corporelle. Il reste deux demi-journées par semaine en autonomie en ULIS. Outre sa prise en charge par le SESSAD, Rémi est suivi par un psychomotricien et pratique la batterie et l'équithérapie. Il bénéficie aussi d'un suivi par un auxiliaire de vie au sein d'une association, à raison d'une demi-journée hebdomadaire.

2.5.2.2. Niveau de communication et de langage

Rémi a **accès au langage oral et écrit**. Il est dans l'interaction, **regarde correctement dans les yeux**, son discours est fonctionnel mais ponctué d'écholalies différées et de questions répétitives.

Le dernier bilan orthophonique de Rémi, datant de septembre 2012 met en évidence des scores plus efficaces sur le versant expressif que réceptif. Concernant la morphosyntaxe, les résultats obtenus à l'ELO situent Rémi dans la moyenne des enfants du CE1 en expression et le placent dans la moyenne des enfants de grande section de maternelle en compréhension. Au même test, les scores de Rémi en lexique réceptif correspondent au niveau des enfants du CE1 et en lexique en production au niveau des enfants du CE2.

2.5.2.3. Contexte des troubles alimentaires

Concernant l'alimentation, Rémi est accompagné par le SESSAD trois fois par semaine lorsqu'il déjeune à la cantine de l'ULIS. Il présente une **sélectivité alimentaire importante sur les produits gras**. Face aux éducatrices, il a mis en place une stratégie pour ingérer les aliments qu'il n'aime pas : il **cache leur goût avec des gorgées d'eau ou de la mie de pain**.

2.5.2.4. Evaluation de l'oralité alimentaire

Notre évaluation du 12 décembre 2012 met en évidence une **bonne connaissance des aliments (27/28)**. Son score à l'épreuve des **praxies bucco-faciales** est de **18/20**. On peut remarquer une mobilité de l'apex lingual assez limitée et manquant de précision. La **déglutition et la mastication de Rémi sont efficaces**. Lorsqu'on lui présente une chips, une rondelle de carotte, une rondelle de banane et un verre d'eau, Rémi **s'empresse de croquer dans la chips** après avoir demandé la permission. Sans besoin d'incitation, Rémi **avale la rondelle de carotte avec une gorgée d'eau** en affichant un **faciès de dégoût**. Il est très **réticent face à la banane** et une incitation verbale ainsi qu'une co-action sont nécessaires afin que Rémi accepte de la prendre entre ses doigts et la sente. Il mange la rondelle à condition que l'on remplisse son verre d'eau pour estomper le goût. Il **exprime son inconfort** verbalement « ça donne envie de vomir » et par des mimiques.

2.5.2.5. Prise en charge de l'oralité alimentaire

Les prises en charge de l'oralité alimentaire de Rémi avaient lieu dans son ULIS tous les mercredis à 9h30 au début de sa séance d'orthophonie. Nous avons commencé les séances à la mi-décembre 2012 et avons dû arrêter le suivi au début du mois de février 2013.

2.5.2.5.1. Objectifs de prise en charge

Suite à notre évaluation et à la consultation des questionnaires remplis par les intervenants auprès de Rémi, nous avons déterminé les objectifs suivants pour notre prise en charge :

- augmenter sa palette alimentaire en lui proposant des aliments à goûter
- augmenter la connaissance des aliments
- lui permettre d'exprimer ses préférences alimentaires
- mettre en évidence ou non une hyper-réactivité nauséuse
- estomper sa stratégie mise en place pour cacher le goût des aliments

2.5.2.5.2. Moyens mis en place et déroulement des séances

Avant d'introduire des aliments, nous voulions mettre Rémi davantage en confiance et aborder en premier lieu la connaissance alimentaire.

Afin d'augmenter la **connaissance** de Rémi quant à l'alimentation, nous lui avons proposé des activités montrant des dessins de légumes afin qu'il les dénomme ou nous entende les prononcer et les intègre. Puis nous avons travaillé sur la composition des fruits avec leurs particularités propres comme la présence ou non de noyaux ou de pépins. Lors de ce genre d'activités, nous nous sommes aperçues d'un défaut de représentation de l'aliment sous toutes ses formes. Rémi avait des difficultés à s'imaginer le fruit coupé en deux pour pouvoir dire s'il possédait ou non un noyau ou des pépins. De plus, la connaissance des modalités de consommation des aliments (cru/cuit) était fluctuante.

Donner ses **préférences alimentaires** a été travaillé en première intention sur des dessins de légumes. Rémi avait des difficultés à expliquer son goût ou dégoût pour certaines choses, c'est pourquoi nous lui avons proposé des exercices ciblés sur les caractéristiques que pouvaient revêtir les aliments. Ainsi, un tableau déclinait de manière non exhaustive les qualificatifs possibles des aliments. Rémi devait entourer ceux correspondant à chacun des aliments étudiés (Annexe 17, A28). Nous avons mis en évidence un déficit lexical sur de nombreux adjectifs qualifiant les

sensations gustatives et tactiles, tels qu' « acide », « amer », « fibreux », « visqueux ». Notre intervention ayant dû s'arrêter, nous n'avons pas pu réutiliser ces tableaux pour caractériser de nouveaux aliments. Cela aurait eu comme objectifs d'assurer la compréhension et l'engrammation de ces adjectifs qualificatifs afin de lui donner les moyens d'explicitier ses goûts alimentaires.

Par rapport à sa sélectivité alimentaire et à sa manière d'avaler avec de la mie de pain ou de l'eau les aliments refusés, nous avons voulu tester son réflexe nauséux pour mettre en évidence ou non une **hyper-réactivité nauséuse** (Cf 2.2.2.3.). Nous avons donc introduit une cuiller en plastique, en la faisant avancer petit à petit, dans la bouche de Rémi et n'avons pas pu conclure à un hyper-nauséux. La partie dorsale de sa langue se rétractait vers le fond de la gorge simultanément à l'avancée de la cuiller. Il semblerait que celle-ci ait atteint la base de langue sans déclencher de réflexe nauséux. Sans certitude, nous ne pouvons définir de stade d'hyper-réactivité nauséuse. Bien que Rémi se soit montré conciliant à l'intrusion de la cuiller, nous n'avons pas voulu réitérer l'expérience.

Sa manière de cacher le goût des aliments qu'il n'apprécie pas en les avalant avec de l'eau ou de la mie de pain est un bon moyen pour lui de consommer des aliments variés. Nous aurions voulu aborder un travail d'**estompage** progressif de cette aide avec les éducatrices mais nous n'avons pas pu, faute de temps.

2.5.3. Alphonse

2.5.3.1. Prises en charge au SESSAD

Alphonse est un enfant âgé de **10 ans** atteint d'une surdité bilatérale moyenne, appareillée depuis ses 7 ans. Le diagnostic de TED a été posé à ses 8 ans. Le SESSAD X l'accueille depuis juin 2012 et lui offre un suivi éducatif à l'école et à domicile, des séances d'orthophonie et de psychomotricité. Il est scolarisé 4 jours par semaine dans une CLIS et son inclusion en CP représente 3 heures hebdomadaires. Il est aussi suivi en libéral en orthophonie.

2.5.3.2. Niveau de communication et de langage

Le bilan orthophonique de juin 2012 révèle un **retard de parole et de langage oral** principalement sur le **versant expressif**. La parole d'Alphonse est très peu intelligible, son tableau articulatoire est incomplet. De plus, il a tendance à parler

pour lui-même sans souci de se faire comprendre d'autrui. Au niveau du langage écrit, Alphonse n'a **pas accès à la lecture**.

2.5.3.3. Contexte des troubles alimentaires

Concernant l'alimentation d'Alphonse, il est important de savoir qu'étant né prématurément, il a été nourri par sonde naso-gastrique pendant les premiers mois de sa vie. Les établissements qui l'ont accueilli ont tous rapporté aux parents un faible appétit chez Alphonse. Sa courbe de croissance s'étant cassée vers 5-6 ans, une alimentation enrichie en gras a été prescrite. Sur conseils médicaux, la reprise de poids étant le principal objectif, les parents favorisent la prise alimentaire d'Alphonse en lui présentant ce qu'il apprécie, que ce soit en terme de conditions de repas ou d'aliments. Au petit déjeuner par exemple, Alphonse boit du lait chocolaté au biberon. Alphonse est décrit comme sensible au contexte spatial, en effet son comportement face à une même nourriture varie selon le lieu avec une préférence marquée pour les restaurants et cafés. Ses préférences alimentaires semblent principalement porter sur les aliments mous tels que les féculents, les boulettes de viande, les yaourts et croissants. Sa mastication n'est pas efficiente, ce qui est à mettre en relation avec le fait que ses molaires définitives ne soient pas encore apparues. L'orthophoniste qu'Alphonse consulte en libéral a commencé un travail de remédiation de la mastication à l'aide de gressins. A la cantine, un travail sur l'acceptation des aliments est abordé. Son éducatrice tâche à chaque repas de lui faire goûter un petit morceau de légume et le tiers de la part de protéine de son assiette.

2.5.3.4. Evaluation de l'oralité alimentaire

Lors de notre évaluation du 28 février 2013, bien que nous lui soyons inconnues, Alphonse s'est montré très coopérant lors de la passation des épreuves. Au subtest de la **connaissance des aliments**, Alphonse obtient un **score de 23/28 (82%)**. **Les erreurs** de dénomination sont essentiellement de **type sémantique** : « courgette » pour aubergine et de **type visuel** puisque le beurre est dénommé spontanément « gâteau », la viande « pizza » la pomme de terre « pomme » puis sur ébauche orale « pomme jaune ». On note aussi que le jus d'orange est appelé « verre d'eau ». L'ébauche phonémique n'est pas toujours efficace, on doit souvent passer par une approche syllabique ou plus. A l'épreuve des **praxies bucco-faciales**, il obtient un score de **16/20 (80%)**. De manière générale, la réalisation

praxique sur dessin est améliorée par l'imitation. Il existe une persévération motrice entre les items qui s'efface généralement après recherche du mouvement. La persistance de ces **persévérations praxiques de la sphère bucco-faciale** est la cause des 4 erreurs. Ainsi, la diduction du côté gauche est impossible après la diduction vers la droite. Les praxies de balayages linguales des dents supérieures et inférieures ainsi que la praxie requérant de cacher la lèvre inférieure avec la lèvre supérieure ne sont pas effectuées. Pendant cette épreuve, Alphonse **demandait de l'aide physique** pour réaliser les praxies en guidant les mains de l'examinateur vers son visage. **Face aux aliments présentés**, Alphonse a une attitude d'**indifférence mais est réceptif à nos incitations**. Ainsi il est **capable de prendre dans ses mains et de sentir : le biscuit fourré au chocolat, la rondelle de carotte et celle de banane**. Il accepte de mettre la **rondelle de carotte dans sa bouche** et présente alors un **réflexe nauséux qui lui fait expulser l'aliment**. Il peut lécher le biscuit du gâteau mais **veille à ne pas toucher le chocolat**. Quand on lui demande de qualifier son odeur, il nous répond que « ça ne sent pas très bon ». Il **refuse de lécher la rondelle de banane** mais peut l'approcher de ses lèvres. D'après son institutrice, la banane est un aliment qu'Alphonse a su goûter cette année à la cantine. Lors de notre évaluation, la mastication n'a donc pas pu être observée. Concernant la déglutition, on note qu'après chaque gorgée, Alphonse s'essuie systématiquement la bouche du dos de sa main. Vers la fin de l'évaluation, Alphonse montre une instabilité motrice et une opposition.

2.5.3.5. Prise en charge de l'oralité alimentaire

La prise en charge d'Alphonse n'a pu débuter que tardivement et avait lieu dans son école, le jeudi matin à 10H30, en compagnie de son éducatrice. Nous avons aussi pu assister à un repas d'Alphonse pour observer son comportement face à l'alimentation en situation écologique.

2.5.3.5.1. Objectifs de prise en charge

Au vu de l'évaluation et de l'observation au cours d'un repas mais aussi après avoir échangé avec l'éducatrice d'Alphonse, nous avons mis en évidence une hypersensibilité orale. Nos objectifs ont donc été :

- la mise en évidence ou non d'une hyper-réactivité nauséuse
- la désensibilisation de la zone intra-buccale pour l'acceptation de textures dures

- la présentation et la mise en bouche d'aliments nouveaux
- la précision des praxies bucco-faciales

2.5.3.5.2. Moyens mis en place et déroulement des séances

Lors de notre première séance nous voulions mettre en évidence la présence ou non d'un **réflexe nauséux**. Il fallait mettre en confiance Alphonse avant de lui introduire la cuiller dans la bouche. Nous lui avons proposé les comptines des mains et du visage de l'atelier Cric Crac Croque qu'il a tout de suite appréciées et redemandées (Annexe 15, A26). Alphonse est très à la recherche de contact corporel. Néanmoins, il lui est difficile de toucher des matières collantes et des textures aériennes ce qui le situe au stade 2 de l'échelle d'hypersensibilité tactile de Leblanc et al. (Annexe 2, A4). Lors du test du réflexe nauséux, le manque de coopération de la part d'Alphonse a limité notre investigation. Le réflexe a semblé se déclencher dans une zone relativement postérieure.

Les aliments consommés par Alphonse nous permettent de le situer entre les niveaux 1 et 2 des refus alimentaires de Senez (Annexe 3, A5) car il a des difficultés à accepter les morceaux mais n'a pas d'aversion particulière envers les aliments froids. Afin d'élargir la palette alimentaire d'Alphonse à une **nourriture plus solide**, nous avons suivi le principe de désensibilisation de Senez en proposant ses **massages intra-buccaux**. Au niveau de l'hypersensibilité orale, Alphonse se situe au stade 0 de l'échelle de Leblanc et al. (Annexe 2, A4). Il accepte une sollicitation des zones endo et exo-buccales. Les touchers thérapeutiques intra-buccaux de Senez ont donc été mis en place dans l'objectif qu'Alphonse s'approprie sa bouche autrement. En stimulant progressivement les zones innervées de la sphère buccale c'est-à-dire les gencives et le palais, nous voulions voir baisser l'hypersensibilité des muqueuses aux textures et à la variété des aliments. Alphonse a beaucoup aimé ces massages et en était demandeur pendant les séances. Les touchers thérapeutiques devenant des **renforceurs positifs**, une fréquence de trois massages par séance a pu être mise en place. Notons que l'intrusion du doigt ganté dans sa bouche déclenchait un réflexe de succion et que l'accès aux gencives inférieures était rendu difficile par le resserrement des parois jugales. Cette technique trouvant des résultats après un investissement sur plusieurs mois, il nous fallait obtenir l'engagement des parents et des professionnels auprès d'Alphonse pour cette intervention. Ainsi, l'éducatrice d'Alphonse, présente pendant les séances, a pu s'approprier les massages et en faire la démonstration devant l'institutrice. Cette dernière était prête

à en appliquer à Alphonse une fois par jour. Faute de ne pouvoir rencontrer tous les intervenants, nous avons transmis un mail explicatif de cette technique. Ainsi, tous ont été sensibilisés à cette méthode. Nous avons aussi rencontré la mère d'Alphonse pour lui exposer notre travail et les perspectives de prise en charge de l'oralité alimentaire auprès de son enfant.

Sachant qu'Alphonse consommait des compotes mais non de la pomme à part entière, nous avons décidé d'introduire ce fruit en séance. Tout un travail préalable de découverte a été effectué à l'aide de photographies permettant la généralisation (Annexe 18, A29). En co-action, le geste praxique n'étant pas aisé, nous avons coupé cette pomme de manière à la visualiser sous différentes formes. Alphonse montre une appréhension à toucher la chair juteuse de la pomme et plus particulièrement les pépins qu'il pourra prendre dans la main par l'intermédiaire d'un jeu. Il est capable de croquer un tout petit bout de quartier de pomme mais avec ses incisives. Lors de la séance suivante, lorsqu'une nouvelle pomme est présentée à Alphonse, il est capable d'en lécher le jus sur demande. Quand nous lui proposons de la pomme en fins morceaux, Alphonse en consomme en plus grande quantité et la mastique à l'aide de ses incisives, ce qui va dans le sens d'un défaut de mastication au niveau des molaires. Pour observer cette faculté, nous lui avons présenté des chips, aliments consommés à la maison et nous avons constaté le même phénomène. Alphonse coupe la chips en plusieurs morceaux avant de les mettre un par un dans sa bouche, les laisse fondre et les déglutit. Nous lui avons proposé plusieurs aliments sous leur forme habituelle puis sous forme hachée ou râpée et nous constatons qu'Alphonse accepte l'aliment émietté.

Lors de notre observation pendant le repas, nous avons noté qu'Alphonse utilisait sa main gauche pour entrer les aliments dans sa bouche. Lorsqu'on lui retient le bras gauche, on s'aperçoit de son défaut de mobilité labio-linguale. C'est pourquoi, nous lui avons proposé un exercice consistant à **tonifier les muscles labiaux** à l'aide d'une ficelle que l'on doit faire entrer dans sa bouche sans utiliser les mains.

2.5.4. Franck

2.5.4.1. Prises en charge au SESSAD

Franck, âgé de **8 ans et demi**, est le deuxième d'une fratrie de deux enfants. Franck n'est pas scolarisé et est admis au SESSAD Y depuis 3 ans (février 2010). Il

bénéficie actuellement de 3 heures de prise en charge à raison de 2 matinées par semaine comprenant deux séances éducatives d'1h, une séance de psychomotricité de 30 min et une séance d'orthophonie de 30 min.

2.5.4.2. Niveau de communication et de langage

Franck est un enfant autiste **sans langage oral avec un niveau de développement de la communication de 13 mois d'après l'ECSP¹⁰** (bilan orthophonique, février 2012). Il peut entrer en interaction avec l'autre pour faire des demandes ou engendrer une réaction. Il possède un **classeur de communication mis en place dans le cadre d'une prise en charge PECS** qu'il a bien investi. Il a une **bonne discrimination visuelle** et associe correctement les images aux objets. Il peut avoir des **troubles du comportement** lorsqu'il est confronté à la frustration ou du fait de stimulations qui le gênent.

2.5.4.3. Contexte des troubles alimentaires

Concernant l'alimentation, son orthophoniste a constaté une **hypersensibilité de la zone orale ainsi qu'un retard de mastication et de déglutition**. L'éducatrice et la famille confirment que Franck **ne mange que mixé**, il recrache ou avale avec effort les morceaux. La famille signale que son frère de 10 ans a aussi eu une alimentation mixée. Il **manque d'autonomie** car il ne peut ni boire au verre du fait d'une mauvaise préhension manuelle et labiale, ni utiliser efficacement la cuiller. Une prise en charge éducative de l'alimentation a été mise en place les années précédentes. Au niveau de la communication pendant le repas, **il sait faire comprendre ce qu'il veut** (prend la main de l'adulte) **et ce qu'il ne veut pas** (tourne la tête). Du point de vue sensoriel, Franck **sent et observe les aliments** qui lui sont présentés. Son bilan psychomoteur (février 2012) affirme des difficultés de motricité fine et un **problème de modulation sensorielle qui oscille entre hypo et hyper-réactivité**.

2.5.4.4. Evaluation de l'oralité alimentaire

Lors de notre évaluation des 13 et 20 décembre 2012, la connaissance des aliments n'étant pas réalisable en dénomination ou désignation, nous avons proposé un appariement de photos/images avec des aliments réels ou des objets miniatures. Dans l'ensemble, Franck a une **bonne discrimination** et réalise correctement les **appariements (environ 60% de réussite)**. La réalisation des **praxies bucco-**

10 Evaluation de la Communication Sociale Précoce (Guidetti et Tourrette 1992)

faciales n'a pas été possible à cause d'un déficit d'imitation. Lors de la présentation des aliments, il a **touché et senti un curly et un morceau de banane.** Il a **mangé une cuillerée de compote** ; ce qui a confirmé la présence d'une déglutition primaire. Il a ensuite refusé, en tournant la tête, une seconde cuillerée et les autres aliments.

2.5.4.5. Prise en charge de l'oralité alimentaire

Les interventions autour de l'oralité alimentaire avec Franck se sont déroulées au SESSAD durant sa séance d'orthophonie le jeudi à 10h, après sa séance éducative. C'est son éducatrice qui l'accompagnait jusqu'au bureau et nous transmettait rapidement le comportement de Franck durant sa séance.

2.5.4.5.1. Objectifs de prise en charge

Suite à notre évaluation et aux observations rapportées par les parents et professionnels, la prise en charge avait pour objectifs :

- la désensibilisation de la sphère oro-faciale par le biais de massages
- un renforcement de la tonicité labiale et linguale
- la mise en place de la mastication
- un travail sur la préhension manuelle et la motricité fine pour l'utilisation des couverts au moment des repas favorisant une plus grande autonomie
- un travail sensoriel autour des différents canaux et plus particulièrement olfactif et tactile
- l'acceptation d'aliments refusés, notamment en morceaux

2.5.4.5.2. Moyens mis en place et déroulement des séances

Les premières séances ont été difficiles ; Franck faisait des crises pouvant être suscitées par notre présence ou par d'autres facteurs non déterminés.

Il a été fixé avec l'orthophoniste une prise en charge de l'oralité alimentaire sur une durée de 30 min. Ce temps a pu parfois être réduit du fait des troubles du comportement de Franck et nous travaillions alors sur des activités lui étant familières portant sur la communication et l'utilisation de son classeur PECS.

Pour **désensibiliser la zone oro-faciale** de Franck et la tonifier, nous lui avons proposé des massages. Dès le début des séances, l'hypersensibilité orale de Franck fut très marquée. Il pouvait accepter quelques contacts au niveau des joues ou du front mais rapidement, tournait la tête ou repoussait nos mains. Nous pouvons donc situer Franck entre le stade 4 et 5 de l'hypersensibilité orale selon Leblanc et al.

(2009) (Annexe 2, A4). Cette approche tactile par nos mains étant difficile pour lui, nous sommes alors passées par le biais d'objets doux (tissu doux, balle à poils) et vibrants. Il semblerait que Franck ait également une **hypersensibilité au niveau des mains** prenant les objets à matière plus ou moins collante du bout des doigts, refusant parfois le contact de la main de l'autre et ne supportant pas le jus des fruits sur ses doigts. Franck semble se positionner au stade 3 de l'hypersensibilité tactile de Leblanc et al. (2009). Nous avons proposé des activités afin de travailler dans ce sens en proposant des objets de différentes textures.



Figure 9 : Objets à textures molles

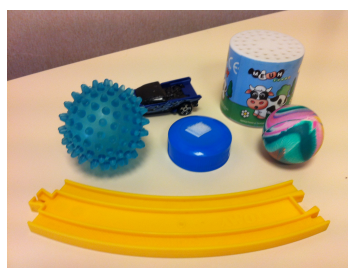


Figure 10 : Objets à textures dures

Nous avons choisi de procéder à une **désensibilisation hiérarchique** telle que le proposent Lovaas (1981) et Toomey (2002) pour amener Franck à accepter puis à s'approprier un aliment. L'objectif pour Franck était d'**accepter des morceaux d'aliments**. Nous avons commencé par la clémentine et l'orange en proposant des activités nécessitant la manipulation de l'aliment comme éplucher la clémentine ou couper l'orange afin d'en faire du jus. Ces aliments étant fortement repoussés par Franck, nous avons ensuite opté pour des aliments plus familiers tels que de la crème dessert au chocolat.

En partant du principe qu'une bonne **connaissance des aliments** favorise une meilleure acceptation, le travail a porté sur des activités permettant d'évaluer et de développer cette compétence. Nous nous sommes appuyées sur des supports visuels, Franck n'ayant pas accès au langage oral. Nous avons proposé par exemple, un tri d'objets avec des jouets représentant des aliments ou non. Nous donnions à Franck un objet à la fois et il devait le placer soit dans la boîte avec le pictogramme « mange » soit dans celle avec le pictogramme « interdit de manger ».

Durant les séances, Franck s'autostimulait beaucoup en faisant rouler les objets ou en les agitant devant ses yeux. Il nous est donc apparu essentiel de **structurer davantage les activités** en proposant un **support visuel et un renforcement positif** à chaque étape exécutée. Nous avons donc créé une frise sur laquelle nous

positions des jetons (5 ou 9 selon l'activité) avec un pictogramme d'un jouet qu'il apprécie, que nous lui donnions une fois l'ensemble des jetons posé.

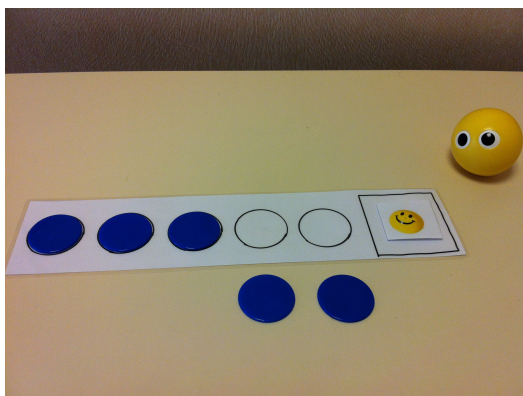


Figure 11 : Visuel au cours d'une activité avec renforçateur positif

2.5.5. Sylvain

2.5.5.1. Prises en charge au SESSAD

Sylvain, **âgé de 9 ans**, a un frère jumeau. Ils sont nés prématurément et ont été gavés pendant environ 2 mois et demi. Sylvain est scolarisé en CE1 à raison de 4 matinées par semaine. Il est suivi au SESSAD Y depuis 4 ans et bénéficie actuellement d'un groupe éducatif de 2h30 trois fois par semaine et d'une séance d'orthophonie de 30 min hebdomadaires.

2.5.5.2. Niveau de communication et de langage

Sylvain est un enfant autiste qui présente un **langage oral stéréotypé** avec des **écholalies immédiates et différées**. Sa **compréhension orale est faible** notamment à cause d'un déficit de compréhension des termes abstraits. La **lecture est plus efficiente** et constitue un bon support d'aide visuelle. Sylvain a également des **difficultés dans l'expression de ses émotions** et est **très angoissé**. Au niveau de la communication, Sylvain est plutôt passif, il peut répondre mais **initie peu d'échanges et de demandes**.

2.5.5.3. Contexte des troubles alimentaires

Sur le plan alimentaire, Sylvain est **très sélectif**, il ne mange que du riz, des pâtes, des frites, du poulet d'une certaine marque et de la mie de pain. De plus, il ne mange que les aliments préparés par sa mère chez lui. L'année dernière, il participait à un atelier cuisine au sein du SESSAD et refusait au début de manger même les

aliments qu'il appréciait. Il a fini par accepter du riz en petites quantités et pouvait **recracher ou accumuler en bouche, si on lui présentait de trop grandes quantités**. Il a pu parfois manger chez lui des yaourts, des compotes voire des biscuits de façon occasionnelle. Son répertoire alimentaire étant inférieur à 10 aliments différents, il présente un trouble d'alimentation considéré comme sévère selon Carreau et al. (2012). Sylvain **mange le plus souvent avec les doigts** mais peut aussi utiliser une cuiller. Sur le plan sensoriel, la maman ne rapporte pas de difficulté particulière.

2.5.5.4. Evaluation de l'oralité alimentaire

Notre évaluation réalisée le 29 novembre 2012 a mis en évidence une **bonne connaissance des aliments en dénomination (23/28)**. Les **praxies bucco-faciales sont en majorité (16/20) correctement exécutées** à l'exception de certaines nécessitant un enchaînement ou une précision des mouvements (passer la langue sur la denture supérieure, gonfler une joue l'une après l'autre). Lors de la présentation des aliments, Sylvain **a tout de suite exprimé son refus sauf pour le curly** qu'il a directement pris en main. Il **tolère les aliments à une certaine distance** néanmoins, nous avons pu observer une **ébauche de contact tactile avec la rondelle de carotte**. Il n'a pas eu de réactions particulières lorsque l'adulte a mangé un aliment devant lui. La sélectivité alimentaire de Sylvain peut être assimilée au syndrome d'aversion sensorielle de la nourriture chez des enfants non autistes de 0 à 3 ans défini par Chatoor (2009) (Annexe 1, A3) ; il répond effectivement à l'ensemble des critères diagnostiques.

2.5.5.5. Prise en charge de l'oralité alimentaire

La prise en charge de l'oralité alimentaire avec Sylvain s'est faite tous les jeudis de 14h30 à 15h lors de sa séance d'orthophonie.

2.5.5.5.1. Objectifs de prise en charge

Suite aux évaluations, les objectifs de l'intervention sur l'oralité alimentaire étaient pour Sylvain :

- le renforcement de la tonicité linguale
- la désensibilisation oro-faciale si nécessaire et le schéma corporel fin du visage après les avoir évalués
- un travail sur la préhension manuelle et la motricité fine pour l'utilisation des couverts lors des repas

- l'acceptation d'aliments refusés pour augmenter son répertoire alimentaire
- la découverte sensorielle des aliments par différents canaux (olfactif, gustatif, tactile)
- la connaissance des aliments en axant sur la généralisation et la catégorisation

2.5.5.5.2. Moyens mis en place et déroulement des séances

Selon les principes de la méthode TEACCH, Sylvain utilisait un **emploi du temps** visualisant, sous forme de pictogrammes, le déroulement des différentes activités et prises en charge au sein du SESSAD. Lors des séances d'orthophonie, cette séquentialisation se faisait en présentant chaque activité dans une banette à laquelle était associée un chiffre, lui-même reporté sur l'emploi du temps.

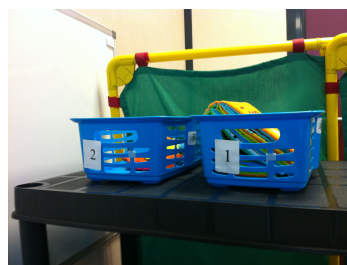


Figure 12 : Séquentiel d'activités et disposition des banettes numérotées

Concernant la prise en charge de l'oralité alimentaire, nous avons choisi en collaboration avec la famille de travailler l'acceptation de **fruits** ; Sylvain ne mangeant quasiment que des féculents. Nous avons introduit lors des séances, de la pomme sous différents aspects (pomme en morceaux, compote, chips de pomme), de la clémentine et de l'orange. Puis, dans l'idée de proposer un aliment moins aversif à Sylvain, différentes confitures (fraise, framboise/groseille, abricot et orange) lui ont été présentées.

Afin de favoriser l'habituation et l'acceptation de ces aliments, nous avons structuré des activités autour de leur **préparation** (couper une pomme de différentes façons, préparer du jus d'orange ...). De cette manière, Sylvain devait **manipuler les aliments** présentés, ce qui constitue l'étape 2 du programme de Lovaas (1981) (Annexe 6, A8) tout en travaillant **l'utilisation d'ustensiles nécessaires au repas** (couteau ou cuiller par exemple). En essayant de rendre les séances ludiques avec l'emploi de personnages et la création de petits scénarios, nous avons renforcé la poursuite des étapes du programme de Lovaas (1981) avec pour objectif que Sylvain goûte de nouveaux aliments. Nous nous sommes rendu compte que l'utilisation des

personnages de son dessin animé préféré (Tchoupi) constituait un excellent **renforceur**. Nous avons donc systématisé son utilisation lors des activités.



Figure 13 : Personnages Tchoupi

En proposant un aliment à chaque séance, nous favorisons également la **découverte de ses propriétés sensorielles**. Nous faisons ainsi sentir, toucher cet aliment ou encore écouter le bruit qu'il pouvait faire dans notre bouche (pour les chips de pomme « oh ! Écoute ça craque ! »). De manière plus spécifique, nous avons proposé des activités autour de cet objectif. Nous avons réalisé par exemple, une activité où nous avons mis 3 fruits (1 pomme, 1 poire et 1 clémentine) dans un sac opaque et Sylvain devait les reconnaître en les touchant, sans les voir.

Nous avons également travaillé sur le plan sensoriel avec des objets et plus particulièrement le sens du toucher car Sylvain semblait présenter une **hypersensibilité tactile au niveau des mains**, qui le situait au **stade 2 de Leblanc et al. (2009)** (Annexe 2, A4). Il ne supportait pas le contact du jus des aliments sur ses doigts et demandait tout de suite à s'essuyer. Lors de notre prise en charge, des activités ont ainsi porté sur la manipulation de textures plus ou moins collantes comme la pâte à modeler et une pâte plus humide.

Concernant la **zone orale**, Sylvain ne semblait **pas** présenter **d'hypersensibilité**. En effet, nous lui avons proposé des comptines avec des gestes autour du visage qu'il a réalisés sans grande difficulté. Ces comptines nous ont aussi permis de noter une bonne connaissance du schéma corporel de base de son visage. De plus, nous avons rapidement constaté que le léger **manque de tonicité linguale** de Sylvain **n'entravait pas sa prise alimentaire** et donc ne constituait pas un objectif essentiel de prise en charge.

Face aux aliments, Sylvain avait une grande **appréhension** pouvant même être assimilée à de l'anxiété. Ses mains tremblaient parfois lors de la manipulation des aliments, il demandait alors souvent l'aide de l'adulte. Afin de réduire cette angoisse, il semblait intéressant de proposer des exercices **sans contact alimentaire direct**.

Nous avons ainsi entrepris différentes activités portant sur la **catégorisation, la généralisation et la connaissance des propriétés sensorielles des aliments**. Sylvain a, par exemple, trié des photos d'aliments selon 3 catégories : les fruits, les légumes et les aliments du petit-déjeuner. Nous avons aussi créé des fiches pour travailler sur la couleur des aliments à travers un coloriage et sur les différents aspects et présentations que peut avoir la pomme (Annexe 18, A29). De plus, certaines de ces activités constituait également un **support visuel supplémentaire** permettant à Sylvain d'**anticiper la manipulation des aliments**. Nous avons coupé des morceaux de pommes selon les différentes manières représentées sur la fiche de la pomme vue ci-dessus. De même, Sylvain a réalisé la remise en ordre de la recette du jus d'orange présentée sous forme d'histoire en images (Annexe 19, A32) avant de réellement préparer le jus d'orange.

2.5.6. Louise

2.5.6.1. Prises en charge au SESSAD

Louise, fille unique, a **6 ans et demi**. Elle est suivie au SESSAD Y depuis 3 ans et demi et bénéficie actuellement d'un groupe éducatif de 2h30 trois fois par semaine, de trois séances de psychomotricité (deux au SESSAD et une en libéral), de deux séances d'orthophonie de 30 min (une au SESSAD et une en libéral) et de deux séances d'ergothérapie de 45 min en libéral. Louise est scolarisée en moyenne/grande section de maternelle 2h30 tous les matins, accompagnée d'une AVS¹¹.

2.5.6.2. Niveau de communication et de langage

Louise **s'exprime verbalement avec des phrases simples** mais ses **capacités communicationnelles sont déficitaires** (peu de contact visuel, peu d'échange avec l'autre, une attention conjointe et un pointage en émergence). Sa **compréhension orale est limitée** et doit être **étayée du contexte et/ou d'un support visuel**. Louise **a des difficultés à gérer ses émotions et s'angoisse lors de changements et de situations nouvelles**.

2.5.6.3. Contexte des troubles alimentaires

Au niveau alimentaire, Louise a une **alimentation mixée** mais commence à accepter quelques petits morceaux suite à une prise en charge ergothérapeutique dans

¹¹ Auxiliaire de vie scolaire

ce domaine. La **mastication est en émergence**, stimulée par des vibrations (Z-vibe et jiggler), des pressions profondes et un Chewy-tube lui permettant de mâchouiller. Louise croque avec ses incisives. D'un point de vue sensoriel, Louise n'a **pas de réactions particulières aux niveaux tactile, olfactif ou thermique** mais possède une **hypersensibilité auditive et orale** selon le bilan ergothérapeutique du mois de septembre 2012. Cette hypersensibilité orale rend le brossage des dents difficile notamment au niveau des incisives supérieures même si cela est en amélioration. De même, elle présente un **déficit praxique oral**. Louise ne sait pas cracher, elle a également du mal à gérer la quantité de nourriture à mettre en bouche en la remplissant excessivement. Elle peut aussi présenter un **réflexe nauséux** à la vue de nourriture en morceaux.

2.5.6.4. Evaluation de l'oralité alimentaire

Concernant notre évaluation effectuée en décembre 2012, elle **dénomme** un peu plus de la moitié des photos d'aliments présentées (**16/28**), ce qui correspond à un taux de **57% de réussite**. Les erreurs sont de type visuel (« savon » pour beurre) ou confusion contenu/contenant (« bouteille » pour lait). Le subtest des **praxies** n'a **pas été réalisable** du fait de son **déficit d'imitation**. Lors de la présentation des aliments, Louise **a mangé le biscuit fourré au chocolat** qu'elle a **bien mastiqué et avalé**. Elle n'a pas voulu touché ou sentir la carotte et a seulement accepté de toucher la peau de la banane. Elle a clairement **exprimé son refus** (« non je ne veux pas ») tout en repoussant de la main les aliments et en tournant la tête.

2.5.6.5. Prise en charge de l'oralité alimentaire

La prise en charge de l'oralité alimentaire de Louise a été menée par son orthophoniste en partant de nos conseils lors de ses 2 séances d'orthophonie hebdomadaires de 45 min, le lundi et le mercredi en début d'après-midi.

2.5.6.5.1. Objectifs de prise en charge

En croisant nos observations, celles des parents et professionnels, les objectifs de rééducation de l'oralité alimentaire fixés étaient :

- la désensibilisation de la sphère oro-faciale
- l'acceptation d'aliments refusés notamment ceux en morceaux pour augmenter son répertoire alimentaire
- le renforcement de la mastication

- la découverte sensorielle des aliments par différents canaux (olfactif, tactile, gustatif)

2.5.6.5.2. Moyens mis en place et déroulement des séances

La prise en charge de l'oralité étant délicate avec Louise, elle s'est déroulée de manière progressive. Nous avons commencé avec une **désensibilisation de la sphère oro-faciale** à travers des **comptines** gestuelles autour du visage (Annexe 15, A26). Louise aimait beaucoup les chansons et l'utilisation de ce moyen la rassurait. Au début, l'accès au visage de Louise était très difficile ce qui pouvait correspondre au **stade 5 de l'hypersensibilité orale de Leblanc et al. (2009)** (Annexe 2, A4).

En collaboration avec sa maman, nous avons ciblé comme objectif l'acceptation de la pomme par Louise. En commençant par une **manipulation** de la pomme lors de sa préparation (couper, éplucher) en co-action, nous avons ensuite pu progressivement **approcher de la bouche** de Louise **des morceaux de pomme**. Nous avons ainsi pu **toucher le nez, les joues et les lèvres** en accompagnant parfois ces approches par des comptines appréciées de Louise.

Dans l'objectif d'une généralisation de ces acquis, nous avons pu **intégrer la maman dans la prise en charge**. Elle présentait ainsi de la pomme à Louise à la maison.

Dans une moindre mesure, nous avons également entrepris un **travail sur la connaissance des aliments**, toujours dans le but d'une meilleure acceptation. Nous avons proposé lors d'une séance un tri de ce qui se mangeait ou non mais cet aspect conceptuel ne semblait pas compris par Louise.

Louise étant sensible aux situations nouvelles ou aux changements, nous avons **repris les mêmes comptines et activités** lors de chaque séance.

Résultats

Dans cette partie, nous présentons les résultats quantitatifs et qualitatifs de notre intervention pour chaque enfant. Afin d'évaluer de manière quantitative les effets de notre prise en charge de l'alimentation, nous avons fait passer une même évaluation en pré et post-intervention. Pour ne pas biaiser ce test, nous avons pris soin de ne pas utiliser d'éléments de l'évaluation dans nos séances rééducatives. Outre les résultats quantitatifs, l'analyse qualitative au cours de notre prise en charge est essentielle et permet de mettre en évidence des observations qui n'ont pas pu être objectivées par l'évaluation.

1. Mathias

1.1. Résultats comparatifs pré et post-intervention

Notre évaluation post-intervention a eu lieu le 3 avril 2013 après 6 séances de remédiation.

A l'épreuve de dénomination des aliments sur photos, son score est **inchangé** (96%). Nous retrouvons la même erreur de genre qu'en décembre sur le mot aubergine. Notons que l'item poireau est nommé plus rapidement. Le verre de jus d'orange est appelé à nouveau « café », « thé », et sa couleur est toujours marron pour Mathias ; alors que ces deux couleurs sont par ailleurs bien dénommées. On pourrait penser à l'influence des reflets sur l'écran.

A l'épreuve des praxies bucco-faciales, Mathias obtient le même score qu'en décembre (4/20 soit 20%). La praxie consistant à positionner la lèvre supérieure sur la lèvre inférieure n'est plus réussie et substituée par un bruit de baiser, en revanche il parvient à gonfler les deux joues. Tout au long de l'épreuve, Mathias semble plus investi et **cherche à s'aider de ses mains** ce qui pourrait être lié à notre étayage gestuel durant nos séances.

Lors de la présentation des aliments, Mathias **prend la rondelle de carotte** de lui-même et la laisse retomber dans l'assiette comme en décembre. Il croque dans la biscotte dure avec ses incisives puis malaxe l'aliment bouche ouverte et ensuite mange le crackers. Son bavage est moins présent qu'au préalable. Sur incitation, il **croque dans la carotte** à deux reprises, la rotation de la langue pourtant efficiente pour déplacer la bolus sur le côté lors de la consommation des deux autres aliments, reste immobile. Il finit par tout recracher dans un mouchoir, sans avoir rien avalé.

D'après le programme de Lovaas, Mathias est passé de l'**étape 2 à l'étape 6** (Annexe 6, A8). Il semble recracher sa gorgée d'eau lorsqu'il boit au verre.

De manière générale, l'évolution entre la pré et la post-intervention est faible cependant Mathias paraît plus investi et plus attentif aux consignes. Il applique bien le conseil de tapoter ses lèvres lorsqu'il bave.

1.2. Résultats qualitatifs au cours des séances

Nous avons noté une faible évolution au niveau des performances de réalisation praxique au cours des séances. Néanmoins, une nette amélioration sur les plans du comportement et de l'attention est à souligner. L'utilisation de **visuels** a pu diminuer les temps de latence pour effectuer la praxie d'ouverture/ fermeture buccale, néanmoins ce mouvement ne s'est pas amélioré de manière significative. En effet, cette praxie que nous proposons au début de chaque séance n'a pas été automatisée, elle pouvait être réussie de manière ponctuelle lorsque les syncinésies cessaient d'entraver le mouvement. Nous avons dû baisser notre exigence quant aux respects des consignes afin que cet exercice n'envahisse pas le temps de la séance. Nous pourrions expliquer ce manque d'automatisation par l'épilepsie de Mathias qui ne lui permettrait pas d'engrammer les acquis obtenus en séance et rendrait donc ses résultats fluctuants. Effectivement un travail des praxies bucco-faciales a été entrepris chez Mathias à plusieurs reprises en orthophonie depuis son arrivée au SESSAD, en parallèle d'un travail avec une orthophoniste en libéral de pratique Padovan, sans évolution significative. La réalisation d'une praxie étant difficile, l'enchaînement de plusieurs a été rapidement arrêté dans notre prise en charge. L'apport d'un aiguillage avec une cuiller ou l'utilisation d'un renforçateur comme le miel n'ont pas permis de faciliter les mouvements linguaux.

Nous avons constaté un intérêt particulier pour l'exercice de tonicité labiale utilisant le **bouton**. Ce qui nous a permis d'augmenter le temps de maintien du bouton au fil des séances.

Le **tapotement** obtenu était de meilleure qualité mais une maladresse praxique fine entravait la précision du geste.

2. Rémi

2.1. Résultats comparatifs pré et post-intervention

Nous n'avons pas pu procéder à une évaluation clôturant notre prise en charge.

2.2. Résultats qualitatifs au cours des séances

Nous avons été dans l'impossibilité de constater d'évolution dans la mesure où notre prise en charge n'a pu être entreprise que sur 2 séances. Aucune comparaison n'a été possible d'une séance à l'autre puisque nous n'avons pas travaillé les mêmes éléments.

3. Alphonse

3.1. Résultats comparatifs pré et post-intervention

Notre évaluation post-intervention a eu lieu le 4 avril après 2 séances.

Pour l'épreuve de connaissance des aliments, il obtient un score de **25/28 soit 89%**. Des **items erronés en pré-évaluation ont été réussis**. Une erreur de type visuel persiste « pizza » pour viande. La dénomination « concombre » remplace « courgette » pour l'item aubergine, ce qui pourrait de l'ordre d'une confusion visuelle et/ou d'une méconnaissance de l'aliment. La pomme de terre est à nouveau appelée « pomme ». On constate que l'item jus d'orange qui n'avait pas été réussi pendant la première évaluation l'a été après plusieurs essais.

A l'épreuve des praxies bucco-faciales, le **score est amélioré (17/20 soit 85%** contre 16/20), Alphonse ne demande plus d'aide gestuelle de la part de l'examinatrice mais **utilise ses propres mains pour guider le mouvement**. Des persévérations sont retrouvées mais dans une moindre mesure par rapport à la pré-évaluation.

Face aux trois aliments, Alphonse a progressé. Lorsqu'on lui suggère de s'y intéresser, il prend la carotte et la laisse retomber. Puis sans incitation verbale supplémentaire, il **croque un petit bout de carotte** avec ses incisives et le retire de sa bouche. Nous ne retrouvons pas le réflexe nauséeux qu'il avait présenté face à cet aliment à l'évaluation pré-intervention. Une évolution positive est aussi apparue lors de la présentation du biscuit puisqu'**Alphonse a pu goûter le chocolat**. Il est

ainsi passé de l'étape 5 à l'étape 7 du programme de Lovaas (Annexe 6, A8). On note aussi qu'il veille à introduire dans sa bouche des morceaux émiettés au préalable. Il a pu **lécher la banane et avaler un petit bout** avec un faciès de dégoût (passage de l'étape 4 à 6 du programme de Lovaas). La capacité de déglutition est inchangée.

L'évolution d'Alphonse après 2 séances est donc positive. Le fait de présenter une seconde fois les aliments après un court délai a été bénéfique dans leur acceptation. Ainsi, nous avons commencé un **travail d'habituat**ion qui a fonctionné et serait à poursuivre pour élargir sa palette alimentaire. Les massages intra-buccaux semblent avoir développé une meilleure appropriation de sa bouche en lui permettant de mettre en place spontanément une stratégie d'étayage manuel. Les praxies bucco-faciales paraissent en être améliorées.

3.2. Résultats qualitatifs au cours des séances

Concernant l'évolution d'Alphonse durant notre prise en charge, nous pouvons affirmer son intérêt important pour les **comptines et massages intra-buccaux** puisqu'Alphonse en a réclamés en dehors de nos séances. Il a accepté que son éducatrice lui applique les touchers thérapeutiques ce qui était de bon pronostic pour une poursuite de cette désensibilisation sensorielle. Ce projet de massages intra-buccaux n'a pas été investi par les parents qui ont considéré la contrainte d'application pluriquotidienne non compatible avec leur mode de vie. La prise en charge de l'oralité alimentaire par le biais de cette technique a donc été arrêtée suite à la décision parentale. Concernant l'introduction d'aliments, la pomme, testée sur 2 séances, a pu être consommée en plus grande quantité. De manière générale, lorsque les aliments sont présentés en **très petits morceaux**, ils sont davantage acceptés par Alphonse. Ainsi râper, hacher, couper les aliments lui permet de mieux les apprécier. Le type de refus alimentaires (alimentation solide) que nous avons mis en évidence et communiqué aux intervenants du SESSAD et aux parents, devrait leur permettre de mieux appréhender les difficultés d'Alphonse afin d'y remédier.

4. Franck

4.1. Résultats comparatifs pré et post-intervention

Notre évaluation a eu lieu le 4 avril 2013 après 6 séances de rééducation de l'oralité alimentaire.

Concernant la connaissance des aliments, l'**appariement d'objets** miniatures et à taille réelle avec des **photos** conserve le **même taux de réussite de 60%**. Les résultats à l'épreuve d'**appariement photos/images** sont quant à eux **un peu améliorés (78%** en avril contre 62% en décembre). La présentation de 3 items simultanément au lieu de 4 peut en partie expliquer ce pourcentage.

La réalisation des **praxies** demeure **impossible** du fait du déficit d'imitation.

Lors de la présentation des aliments, Franck **a pris et porté à son nez le curly et la banane pour les sentir**. Il a gardé les aliments proches de son nez plus longtemps que lors de la première évaluation. Il a aussi **manipulé la rondelle de banane** en la faisant passer d'une main à l'autre. Franck a clairement indiqué son refus en poussant le bras de l'orthophoniste lorsqu'elle lui a présenté une cuillerée de compote tandis qu'il avait pu en manger une bouchée lors de la pré-évaluation. De façon générale, son comportement était calme malgré la présence de quelques auto-stimulations. Notons que cette évaluation s'est déroulée sur une seule séance contrairement à la première.

4.2. Résultats qualitatifs au cours des séances

Le comportement très fluctuant de Franck ne nous a pas permis de constater une réelle évolution de ses troubles d'oralité alimentaire. Néanmoins, il s'est beaucoup amélioré dans sa communication et ses interactions avec autrui. Au fil des séances, il a pu développer un meilleur contact oculaire. Il recherchait l'attention de l'autre et exprimait plus clairement ses demandes sans faire de crises.

Au niveau de son hypersensibilité tactile, il a accepté le contact au niveau des mains mais l'accès au visage restait difficile. L'utilisation d'**objets vibrants** semblait l'intéresser du fait de leur bruit et de leur mouvement. Il serait donc recommandé d'utiliser ce type d'objets pour la **désensibilisation corporelle puis orale** pour ensuite lui proposer des massages intra-buccaux. Concernant l'acceptation d'aliments, la désensibilisation hiérarchique proposée par Lovaas a été difficile à mettre en place du fait de son déficit d'imitation. Nous n'avons pas pu proposer

l'utilisation d'ustensiles qui aurait pu permettre une plus grande participation de sa part et aurait peut-être limité davantage ses autostimulations.

Il pourrait être intéressant de travailler avec lui les règles sociales à table, en séance (ne pas s'autostimuler avec les objets, rester assis) pour réduire les troubles du comportement. En s'appuyant sur ses bonnes capacités de discrimination, la mise en place de supports **visuels** sera à renforcer pour lui permettre de meilleures expression et compréhension.

5. Sylvain

5.1. Résultats comparatifs pré et post-intervention

L'évaluation post-intervention s'est déroulée le 4 avril 2013 suite à une rééducation de 7 séances.

On retrouve le **même score pour la dénomination des aliments (23/28)**. Les erreurs concernent les mêmes items néanmoins les réponses restent dans la catégorie des aliments (« artichaut » pour aubergine, « curry » pour poireau, « aliments » pour pâtes) tandis que Sylvain avait pu produire des néologismes lors de l'évaluation de novembre.

La **réalisation des praxies est meilleure avec 19/20** items réussis contre 16/20 à l'évaluation précédente. Seule la praxie de cacher la lèvre inférieure avec la lèvre supérieure reste échouée. On notera tout de même que l'exécution des enchaînements de mouvements mandibulaires et linguaux lui demande un effort se traduisant par de légères syncinésies faciales (contractions labiales, accompagnement de la tête).

Lors de la présentation des aliments, Sylvain affiche tout de suite sa **préférence pour le curly** et met les deux morceaux dans sa bouche dès que nous lui autorisons. Il exprime son refus pour les rondelles de carotte et de banane (« non je ne veux pas ! J'aime pas ! »). Sur incitation verbale et imitation, il arrive ensuite à **toucher, prendre avec ses doigts et lécher** les deux aliments. Entre les deux évaluations, Sylvain a évolué depuis l'étape 2 jusqu'à **l'étape 5 du programme de Lovaas** (Annexe 6, A8).

5.2. Résultats qualitatifs au cours des séances

Sylvain a fait de très grands progrès concernant l'alimentation. Au cours des séances, nous avons constaté une baisse de son anxiété et aussi de son

appréhension envers les aliments. Il ne tremblait plus et demandait moins d'aide lors de leur manipulation. Concernant l'acceptation de nourriture, Sylvain a goûté de nouvelles saveurs et a pu exprimer ses préférences gustatives lors d'une activité dans son groupe éducatif et en séance lors de notre intervention. L'approche de **désensibilisation hiérarchique** par la manipulation d'aliments semblait appréciée et serait donc à encourager. L'utilisation de **renforceurs positifs**, comme les personnages Tchoupi, a beaucoup stimulé Sylvain. De plus, les activités permettant une meilleure connaissance alimentaire et une poursuite de la **diversification alimentaire** dans d'autres lieux sont essentielles pour une généralisation de ses acquis. Ces résultats positifs obtenus en séances au SESSAD devraient être repris au domicile pour une évolution complète.

6. Louise

6.1. Résultats comparatifs pré et post-intervention

L'évaluation post-intervention s'est déroulée les 3 et 8 avril 2013 suite à une rééducation de 20 séances.

La connaissance des aliments est légèrement améliorée avec **18/28 items correctement dénommés soit 64% de réussite** (16/28 en décembre 2012 soit 57%). Louise commet quasiment les mêmes erreurs, soit de type visuel, soit de confusion contenu/contenant.

L'exécution des **praxies** n'est **toujours pas possible** du fait du **déficit d'imitation**.

Lors de la présentation des aliments, nous notons une réelle évolution. Louise a pu **prendre et manipuler une rondelle de banane** tandis qu'à l'évaluation pré-intervention, elle avait uniquement touché la peau. Nous pouvons situer son évolution de l'étape 0 à **l'étape 2 du programme de Lovaas** (Annexe 6, A8). Elle a pu **lécher le morceau de carotte** ce qui correspond à une évolution de l'étape 0 à **l'étape 5** du programme de Lovaas. En effet, en décembre 2012, elle refusait toute proximité avec le morceau de carotte. Notons aussi qu'il semblerait que Louise ait **généralisé le travail** fait en séance avec la pomme puisque face au morceau de carotte, elle dit « c'est la pomme ! » et elle comprendrait donc que nous lui demandions de le goûter.

6.2. Résultats qualitatifs au cours des séances

L'évolution de l'oralité alimentaire de Louise est positive. Elle a pu passer du **stade 5 au stade 3 de l'hypersensitivité orale de Leblanc et al.** (Annexe 2, A4). Cette nette progression pourrait s'expliquer par la fréquence de 2 prises en charge hebdomadaires de l'oralité alimentaire associée à l'implication quotidienne de la maman dans la présentation d'aliments refusés. Actuellement, Louise accepte que l'on pose des morceaux de pomme sur ses lèvres tandis qu'en début de prise en charge l'accès au visage était très difficile. Louise a pu aussi réclamer lors des dernières séances une comptine gestuelle en prenant les mains de l'orthophoniste pour les poser sur son propre visage. Au niveau de l'acceptation des aliments, elle ne mange toujours pas de morceaux mais manipule les aliments sans problème et peut en lécher certains. La maman a constaté une évolution de son comportement car Louise a goûté un nouveau chocolat. Elle refusait auparavant tout autre type et marque que celui consommé habituellement. Poursuivre l'intégration progressive de **légers changements alimentaires** est donc un objectif important à conserver. En fin de prise en charge, nous avons également testé son réflexe nauséux, ce qui aurait été inenvisageable lors de l'évaluation pré-intervention du fait d'un accès impossible à sa bouche. Par l'intermédiaire d'une comptine habituellement chantée lors des séances et très appréciée, Louise a accepté que son orthophoniste pose son doigt sur sa langue. Elle serait donc entre les stades 1 et 2 de la classification du réflexe nauséux de Senez (Annexe 4, A6). Face à ce constat et à l'évolution de son hypersensibilité orale, nous préconisons d'introduire les massages intra-buccaux de Senez en les accompagnant de comptines. Parallèlement à l'acceptation de nouveaux aliments par le programme de Lovaas, les massages intra-buccaux pourront être envisagés en utilisant des morceaux d'aliments comme dans l'atelier Cric Crac Croque.

Suite à nos interventions auprès de ces six enfants et adolescents autistes, nous proposons une synthèse d'idées essentielles à la prise en charge des troubles d'alimentation dans l'autisme.

7. Pistes de prise en charge de l'oralité alimentaire d'enfants et adolescents autistes à destination des orthophonistes

Avant toute prise en charge orthophonique des troubles d'oralité alimentaire chez un enfant autiste, il convient de conduire une évaluation pertinente que nous présenterons en premier lieu. Les pistes de prise en charge que nous proposerons ensuite sont issues de nos lectures et expériences durant l'élaboration de notre mémoire. Cette liste ne se veut pas exhaustive et s'appuie essentiellement sur la rééducation des différents troubles d'oralité alimentaire que nous avons rencontrés. Enfin, nous donnerons quelques conseils d'accompagnement parental.

Pour faciliter la consultation de ces pistes, nous proposons une fiche dans un format plus pratique (Annexe 20, A33).

Evaluation des troubles d'oralité alimentaire :

- Echanger avec les parents sur les difficultés de leur enfant, sur les habitudes alimentaires familiales et sur la possible présence de troubles alimentaires dans la famille ainsi que sur leurs attentes (Annexe 11, A19)
- Répertorier le type d'alimentation (biberon, alimentation mixée, solide), la vitesse de prise alimentaire, les ustensiles utilisés (cuiller, fourchette), les préférences alimentaires, le comportement face à la nourriture en dehors ou pendant les repas (réflexe nauséux, nausées, vomissements...) de l'enfant
- Obtenir des informations complémentaires afin d'appréhender l'enfant de manière globale : antécédents médicaux (prématurité, reflux gastro-oesophagien, problèmes ORL...), état bucco-dentaire, niveau intellectuel, particularités sensorielles...
- Compléter dans la mesure du possible ces informations par les points de vue des différents intervenants auprès de l'enfant
- Evaluer le niveau de communication, de langage et d'articulation
- Procéder à l'évaluation des compétences nécessaires à une prise alimentaire efficace : respiration, sensibilité (des 5 sens), praxies bucco-faciales, mastication et déglutition. Proposer des aliments sélectionnés au préalable pour cibler votre observation sur ces différentes compétences ainsi que sur le comportement de l'enfant. Plusieurs échelles existent et permettent de situer

le degré d'hypersensibilité de l'enfant : les classifications des refus alimentaires (Annexe 3, A5) et du réflexe nauséux (Annexe 4, A6) et les stades d'hypersensitivité tactile et orale (Annexe 2, A4).

Pistes de rééducation de l'oralité alimentaire chez les enfants autistes :

Avant toute prise en charge, il faut assurer une communication adaptée à chaque enfant (PECS, Makaton, supports visuels ...). Les moyens mis en place habituellement dans la prise en charge d'enfants autistes sont à respecter comme l'utilisation de renforçateurs positifs et la clarification de l'espace et du temps (organisation séquentielle des activités, « time-timer » ...). Un travail autour des règles sociales propres au moment des repas peut être entrepris (par des jeux de rôle, scénarios sociaux ...), si cela est nécessaire à l'enfant.

Nous avons classé nos pistes par symptômes pouvant être par ailleurs associés.

En cas d'**hypersensibilité**, nous conseillons de désensibiliser progressivement l'enfant en commençant par les mains puis les bras pour arriver à la bouche :

- appliquer des pressions profondes, des massages manuels ou différents objets (vibrants, doux...) sur le corps
- proposer l'exploration par les 5 sens de différentes textures, objets et/ou aliments en s'inspirant par exemple de la progression de désensibilisation tactile de l'ordonnance Miam Miam (Annexe 5, A7)
- une fois la zone du visage atteinte, diriger les massages exo-buccaux vers la bouche
- Suivre rigoureusement le protocole de Senez pour les touchers thérapeutiques intra-buccaux et sa fréquence d'application (cf 3.2.1.2.)
- Travailler les stéréognosies (température, volume, consistance, texture) en proposant des aliments à mettre en bouche.

En cas d'**hyposensibilité et d'hypotonie orale**, qui sont souvent associées ; nous pourrions proposer des tapotements thérapeutiques visant à tonifier la sphère oro-faciale. De plus, l'application de froid réveille la zone stimulée. Pour une mobilisation active des effecteurs oro-faciaux, des exercices en contre-résistance

avec ou sans l'intermédiaire d'objets (bouton, bulle de gant, abaisse-langue ...) seront indiqués.

En cas de **déficit praxique oral** notamment des mouvements nécessaires à la **mastication**, des exercices oro-faciaux sont recommandés. On pourra utiliser l'intermédiaire d'objets ou de mouvements réalisés spontanément comme lors de l'articulation de phonèmes pour transférer les capacités automatiques à une production volontaire.

En cas de **bavage**, il faut favoriser la respiration nasale et l'occlusion labiale avec des exercices praxiques. Pour retrouver la sensorialité de la zone péri-buccale et la tonifier, il est indiqué d'éponger cette zone par des tapotements et non de l'essuyer afin de ne pas brouiller les informations sensorielles.

En cas de **sélectivité alimentaire**, nous recommandons :

pour la présentation des aliments de :

- Présenter le même aliment sur plusieurs séances pour induire une habitude
- Choisir un aliment proche des préférences alimentaires de l'enfant pour une diversification progressive
- Suivre les étapes du programme d'introduction d'un nouvel aliment développé par Lovaas (Annexe 6, A8)
- Généraliser la représentation des aliments en les manipulant (couper, éplucher ...) avec l'enfant ou en présentant le même aliment sous différents aspects (pomme entière, en compote ou en chips)

en dehors de la présentation des aliments de :

- Développer la connaissance des caractéristiques sensorielles des aliments afin que l'enfant puisse exprimer ses préférences ou ses refus alimentaires (Annexe 17, A28)
- Développer la connaissance des propriétés sémantiques des aliments par des activités de catégorisation (ce qui est comestible ou non, fruits à pépins ou sans ...)
- Décliner visuellement le même aliment sous différentes facettes (Annexe 18, A29).

Accompagnement des parents et des professionnels auprès de l'enfant :

Il est intéressant que les parents assistent aux prises en charge orthophoniques afin de poursuivre à domicile le travail effectué en séance.

Au cours des repas, il faudra adapter l'environnement (cf 3.1.) selon les particularités de l'enfant : situation de communication, réduction des stimulations sensorielles pouvant être gênantes, clarification de l'espace et du temps, installation et posture, ustensiles.

Concernant les aliments, les parents pourront modifier la texture (hachée, mixée) et mélanger un aliment apprécié par l'enfant à un aliment non apprécié avec une progression du ratio de ce mélange.

Poursuivre le travail d'habituation aux aliments à domicile et encourager positivement l'enfant à goûter les aliments en invoquant leur aspect hédonique et non leurs bienfaits nutritionnels.

Discussion

1. Synthèse et critique des principaux résultats observés

La synthèse des résultats concerne cinq enfants de notre étude qui ont été évalués en pré et post-intervention.

Les résultats post-intervention à l'épreuve de la connaissance des aliments ne suggèrent pas d'évolution mais cela était prévisible dans la mesure où le lexique des aliments n'a pas été abordé en séance.

Les résultats à l'épreuve des praxies bucco-faciales sont difficilement interprétables. Le déficit d'imitation, propre à l'autisme, a empêché la réalisation de cette épreuve pour deux enfants. Nous pouvons noter que deux des cas cliniques ont développé une stratégie d'aide avec leurs propres mains entre les deux évaluations.

Du côté de la présentation des aliments, quatre enfants sur cinq ont franchi entre deux et cinq étapes de la progression de Lovaas (Annexe 6, A8) entre nos deux évaluations. Nous pourrions penser que le travail de présentation d'aliments en séance s'est généralisé à ceux de l'évaluation pour trois enfants.

Notre mémoire étant une étude de cas cliniques, nous n'avons pu aboutir à une méthode de prise en charge généralisable à tout type de troubles d'alimentation dans l'autisme. Chaque enfant présente ses propres difficultés ce qui ne nous a pas permis de suivre un protocole commun de rééducation. Nous avons donc décidé de proposer des pistes de prise en charge en fonction des symptômes observés. Nos résultats sont plutôt qualitatifs et spécifiques à chaque enfant. En plus d'être en présence de profils autistiques très variés, nous avons été confrontées à des troubles associés chez deux enfants. L'association de ces troubles, assez fréquente dans l'autisme, a élargi notre champ d'intervention. Quel est l'impact de ces troubles associés dans les difficultés d'alimentation rencontrées et dans les résultats obtenus ? Durant tout notre travail, le questionnement quant à l'implication de l'autisme dans les troubles d'alimentation est soulevé.

Les contraintes organisationnelles lors de notre intervention ont également pu entraver les résultats attendus. En effet, le nombre de prises en charge que nous avons envisagé n'a pu être tenu à cause d'absences des enfants, ce qui a pu freiner

l'évolution de notre remédiation. Nous avons également été ralenties par les démarches administratives préalables à une intervention.

De plus, impliquer les parents dans la prise en charge aurait été bénéfique pour une évolution plus rapide.

Pour finir, l'arrêt imprévu de la prise en charge d'un cas clinique nous a empêché de réaliser son évaluation post-intervention. Un comparatif entre le début et la fin de la remédiation n'a donc pas pu être établi. Un suivi auprès d'un autre enfant, bien que tardif, nous a semblé intéressant à mettre en place au regard de ses troubles alimentaires. Nous savions que les résultats de cette intervention seraient limités par le nombre restreint de séances.

2. Critiques méthodologiques et problèmes rencontrés

2.1. Partie théorique

Tout au long de nos lectures, nous avons dû jongler entre différents courants de pensée. La problématique de l'oralité était très étudiée en France sous le versant psychanalytique tandis que nous avons retrouvé beaucoup d'études comportementalistes concernant la prise en charge des troubles d'alimentation. L'essentiel de notre revue de littérature sur les troubles d'oralité alimentaire dans l'autisme est issu d'études étrangères. En effet, le sujet de l'alimentation dans l'autisme trouve peu de références bibliographiques françaises et commence tout juste à être pris en considération. L'institut Pasteur de Lille a d'ailleurs organisé une journée sur ce thème, le 25 octobre 2012, à laquelle nous avons participé. Les intervenants étaient français mais leur bibliographie se composait essentiellement de publications scientifiques étrangères. Ainsi, les articles que nous avons pu consulter étaient souvent rédigés en anglais ce qui a pu parfois limiter notre compréhension fine. De plus, la structure d'un article scientifique, étant très ciblée sur les résultats, moins de détails sont donnés sur les modalités des moyens utilisés. Il nous a par exemple été difficile de visualiser concrètement l'utilisation d'une brosse pour présenter des aliments à l'enfant dans les études de Gulotta et al. (2005) et Girolami et al. (2007).

Nous avons aussi été confrontées parfois à des études dans lesquelles les participants étaient trop peu nombreux limitant ainsi l'extrapolation des résultats. A certains moments, il nous a paru pertinent d'indiquer la population étudiée. Néanmoins pour ne pas entraver à la fluidité de la lecture, nous n'avons pas systématisé ces indications.

Ces diverses lectures d'articles scientifiques nous ont permis d'affiner notre sens critique et de nous sensibiliser aux biais méthodologiques des études.

Concernant le type de troubles d'oralité alimentaire rencontrés chez les enfants autistes, nous nous attendions à trouver plus de données sur la sélectivité alimentaire par la couleur ou le tri d'aliments. Nous avons été dans l'impossibilité de citer de références bibliographiques scientifiques sur ces sujets. Nous voulions néanmoins faire apparaître de manière précise la sélectivité par la couleur et le phénomène de tri d'aliments, dans la mesure où ce sont des observations dont nous entendons souvent parler, c'est pourquoi nous avons cité des commentaires postés sur des forums.

Au niveau des prises en charge, nous avons parfois été gênées par l'absence de preuves scientifiques de techniques uniquement fondées sur des constatations d'expériences cliniques.

Nous avons découvert trop tardivement l'approche sensorimotrice de Bullinger pour l'intégrer dans notre prise en charge. Néanmoins, cette approche permettrait d'élargir la compréhension des troubles d'oralité alimentaire chez les enfants autistes. En effet, d'après cet auteur l'intégration de l'axe corporel se fait par une suite d'étapes qui aboutissent à la maîtrise de l'espace oral puis du buste puis du torse et enfin du corps. Les désorganisations de l'espace oral décrites par Bullinger : incorporation insatiable, troubles praxiques de la zone orale, irritations tactiles, trouvent écho dans les difficultés alimentaires que nous avons présentées en partie théorique. De plus, lors de l'élaboration instrumentale du torse, le bébé rassemble le côté droit et le côté gauche de son corps en passant les objets par la bouche. Dans l'autisme, des désorganisations à cette étape peuvent se traduire par une fixation sur la zone orale (salivation, fermeture difficile, protrusion et mouvements de langue). Bullinger offre un nouveau regard sur les stéréotypies motrices qu'il interprète comme jouant un rôle de rassemblement du corps suite à une stimulation sensorielle incontrôlable. Les autistes auraient une insuffisance d'intégration sensorimotrice se caractérisant par une hypo ou hyper-sensibilité à certains stimuli, aspect développé

précédemment. Pour Bullinger, les autistes ont un usage souvent singulier des systèmes sensorimoteurs. En effet, ils maximisent les sensations archaïques pour maintenir une mobilisation tonique corporelle en vue de ressentir l'unicité de leur corps, ce qui ne leur permet pas d'utiliser à des fins exploratoires ou manipulatoires leurs organes sensoriels. L'explication du développement de l'axe corporel et des aspects sensoriels appuie le travail de désensibilisation sensorielle et offre de nouvelles perspectives de prises en charge de ces troubles (Bullinger 2006, Kloeckner et al. 2009).

2.2. Enquêtes auprès des parents et professionnels concernés par les troubles d'alimentation chez les enfants autistes

Outre nos recherches théoriques, nous voulions obtenir des avis de professionnels et parents directement touchés par la problématique de notre mémoire. Nos rencontres avec des orthophonistes impliquées dans la prise en charge de l'oralité alimentaire furent très enrichissantes et nous ont confortées dans l'idée d'une rééducation individuelle chez des enfants autistes.

En revanche, nous avons eu très peu de retours suite à la diffusion de nos questionnaires sur internet. Nous pouvons remettre en cause leur format. En effet, les professionnels et les parents devaient télécharger ce questionnaire par le biais d'un lien internet et nous le faire parvenir, rempli par mail. Cette démarche en plusieurs étapes a pu les décourager. Nous aurions aimé simplifier ce système en proposant des questionnaires à remplir directement sur internet mais les connaissances informatiques nécessaires et le temps à y consacrer nous ont manqué.

Nous pourrions également expliquer ce manque de réponse chez les professionnels par la longueur du questionnaire qui leur était destiné.

De plus, nous subodorons qu'il est difficile pour des parents de mettre à l'écrit les troubles observés chez leur enfant face à un interlocuteur virtuel. Une investigation directe, en rencontrant des parents lors de congrès nous aurait demandé trop de temps. Nous ne l'avons donc pas effectuée car l'objectif principal de notre mémoire était la prise en charge orthophonique de cas cliniques et non une enquête.

2.3. Critères de choix de la population étudiée

Notre mémoire s'inscrivant dans une étude expérimentale, nous avons choisi de ne pas restreindre le nombre de nos cas cliniques en définissant des critères d'exclusion. Ainsi, la diversité d'âge, d'efficience intellectuelle, de compétences communicationnelles et langagières et de troubles pouvant être associés (surdité, épilepsie), que présentaient les enfants, ne pouvait pas aboutir à une généralisation de nos résultats. De plus, notre tranche d'âge était large, allant de 6 à 14 ans.

2.4. Evaluation

Avant de faire passer notre propre évaluation à nos cas cliniques, nous avons transmis à leurs intervenants le même questionnaire que celui diffusé sur internet pour les professionnels. Ils devaient cocher les cases sur une échelle de 4 réponses allant de « pas du tout »   « tout le temps ». Alors que nous aurions souhaité tourner les questions de manière à simplifier l'analyse des réponses et à établir un profil de gravité des troubles de l'enfant ; nous n'avons pas réussi à faire en sorte que le choix de réponse « pas du tout » corresponde systématiquement à l'absence de troubles et que celui « tout le temps » soit associé à un trouble important.

Malgré une analyse un peu plus longue que prévue, les informations fournies par les éducatrices et psychomotriciennes nous ont bien renseignées sur le déroulement des repas et les troubles d'oralité alimentaire des enfants. Certains de ces intervenants accompagnent les enfants au moment du repas ou réalisent leur prise en charge à domicile et sont donc au cœur même du quotidien de la famille. Concernant les informations obtenues auprès des parents, il est apparu évident qu'elles étaient plus riches lors d'un entretien direct plutôt que par l'intermédiaire d'un questionnaire écrit.

Nous avons voulu compléter notre évaluation par une recherche du réflexe nauséeux préconisée par Senez (Annexe 4, A6). Confrontées à la difficulté de tester mais aussi de situer le stade du nauséeux des enfants, « la relation entre l'intensité de l'hyper-réactivité nauséeuse et celle des refus alimentaires » (cf 2.2.2.2.) ne nous a pas paru évidente.

2.5. Echanges avec les parents de nos cas cliniques

Dans un premier temps, nous voulions rencontrer les parents pour recueillir leur point de vue à propos des troubles d'oralité alimentaire de leur enfant ou adolescent autiste. Nous nous sommes vite aperçues de toute l'importance des échanges avec les parents qui nous fournissaient des informations supplémentaires comme les habitudes alimentaires familiales ou le comportement de l'enfant à table. Une rencontre directe ou téléphonique était souvent plus riche que les réponses fournies dans un questionnaire écrit. En effet, nous pouvions alors mieux cerner la problématique globale de l'enfant et le contexte familial pour établir notre projet d'intervention.

Dans ce type de prise en charge, l'accompagnement parental est indispensable afin que le travail en séance soit repris à la maison pour favoriser la généralisation. Nous avons été confrontées au besoin de preuves scientifiques de certains parents pour obtenir leur investissement complet dans la reprise de ce qui a été fait en séance. Ces échanges permettent aussi au cours de la prise en charge de suivre les progrès de l'enfant à domicile.

Néanmoins, il peut être délicat d'aborder les troubles d'alimentation au sein de la sphère familiale. Sont-ils considérés par les parents comme le reflet de leurs capacités à nourrir leur enfant ? Nos questions constituent-elles une intrusion dans ce triangle enfant/parents/alimentation ? Comment peuvent être jugées les habitudes alimentaires de la famille ?

Face aux troubles d'alimentation de leur enfant, les parents sont confrontés à de nombreux paradoxes quant aux priorités alimentaires. Comment proposer une alimentation saine et variée quand un enfant refuse de manger ? Ne faut-il pas prioriser la prise quantitative de nourriture plutôt que qualitative afin d'assurer une bonne croissance à l'enfant ?

Durant notre prise en charge, nous aurions souhaité davantage échanger avec les parents mais avons été limitées par l'organisation des transports, le manque de temps et le fait que certaines interventions se déroulent au sein de l'école.

2.6. Prises en charge

Avant d'intervenir auprès des enfants, il a été enrichissant d'échanger avec les professionnels s'étant déjà intéressés à la problématique des troubles d'alimentation dans l'autisme et ayant expérimenté des pratiques.

Que ce soit lors de notre évaluation ou dans notre prise en charge, nous devions présenter des aliments à l'enfant dans un bureau. Les horaires n'étaient pas forcément propices à l'appétit des enfants dans la mesure où les séances se déroulaient le matin entre 8h45 et 10h30 pour deux enfants. Proposer des aliments salés était donc peu envisageable. De plus, ces 2 interventions ayant lieu à l'école, les possibilités de choix d'aliments étaient limitées à de la nourriture que nous apportions, donc à température ambiante. Les enfants autistes ayant tendance à compartimenter les lieux d'apprentissage, ils peuvent de manière générale montrer des difficultés à généraliser les éléments travaillés en dehors des séances.

Notre travail complète celui effectué par Delplancq (2012) qui proposait une prise en charge orthophonique des troubles d'oralité alimentaire chez des adolescents porteurs de TED, âgés de 10 à 19 ans et suivis en IME. Son étude ciblait la diminution de problèmes de comportements au moment des repas par la mise en place de supports visuels permettant une meilleure compréhension de la situation. Elle intervenait au sein d'un atelier de cuisine sensorielle auprès de 4 adolescents en proposant des recettes sous forme de séquentiels. En individuel, elle travaillait également la mise en place du PECS comme moyen de communication alternatif. Elle suggérait, entre autres comme poursuites possibles de son mémoire, d'étudier une population ayant un autisme et une déficience intellectuelle moins sévères. Elle envisageait aussi de transposer sa démarche dans un contexte différent tel qu'un suivi en cabinet libéral ou en SESSAD. Notre étude s'intéresse, quant à elle, à des enfants et adolescents âgés de 6 à 14 ans, suivis en SESSAD et pour la plupart verbaux avec un autisme moins sévère.

Nous avons choisi de ne pas aborder la remédiation des règles sociales à table (cf 3.2.4.) car elles ne nous semblaient pas prioritaires au regard des troubles de nos cas cliniques. De plus, les conditions rééducatives de notre intervention dans un bureau étaient peu propices à un travail sur les règles sociales à table.

Intervenir de manière individuelle et en dehors des repas était un choix de notre part. En effet, cette situation qui peut paraître peu écologique a pour avantage de limiter les stimulations sensorielles d'un repas en groupe (cf 3.1.2). La présence de

plusieurs personnes augmentant les stimuli sonores, la personne autiste peut en être hyperstimulée. Tout particulièrement, Louise ayant une hypersensibilité auditive, un travail dans le bureau de l'orthophoniste lui était profitable. Rappelons que notre mémoire propose des pistes de prise en charge orthophoniques de l'oralité alimentaire chez les enfants et adolescents autistes. Sachant que les orthophonistes exercent majoritairement en libéral, les conditions spatio-temporelles de notre intervention se rapprochent de celles retrouvées dans un cabinet libéral.

L'une d'entre nous a eu la possibilité d'assister aux séances de rééducation de l'oralité alimentaire de l'autre étudiante lors d'une journée. Elle a pu ainsi rencontrer Franck et Sylvain et échanger sur leur prise en charge en apportant ses propres observations et idées de rééducation.

2.7. Validation des hypothèses

Nous avons pu mettre en pratique nos cinq buts de travail mais ceux-ci ne nous ont pas permis de valider nos hypothèses. En rappelant chacune des hypothèses, nous tenterons de discuter leur infirmation.

2.7.1. Les professionnels prenant en charge des enfants autistes sont confrontés aux troubles d'alimentation

Pour valider cette hypothèse nous pensions nous appuyer sur les réponses aux questionnaires à destination des professionnels diffusés sur internet. Nous envisagions d'en faire une synthèse de manière qualitative en indiquant quel type de professionnels est le plus confrontés à ces troubles, quels problèmes sont les plus retrouvés et quelles sont les méthodes mises en place par les intervenants. Cette idée était utopique puisqu'elle dépendait de la réponse des professionnels à notre questionnaire. N'ayant obtenu que 3 retours nous ne pouvons donc rien conclure. Notre hypothèse n'aurait pas été représentative car elle se limitait aux observations de professionnels ayant accepté de répondre à notre questionnaire.

2.7.2. L'évaluation de la connaissance des aliments, des praxies bucco-faciales et l'observation des comportements face à des aliments ciblent les troubles d'alimentation des enfants autistes

L'épreuve évaluant la connaissance des aliments a trouvé sa limite dans le choix des items. Nous avons sélectionné 28 aliments de différentes catégories pour tester la diversité alimentaire (fruits, légumes, matières grasses, produits laitiers, protéines, féculents, produits sucrés et boissons). Notre sélection, reposant sur les

photos à notre disposition, ne nous a pas permis d'envisager une analyse précise et une corrélation avec le type d'alimentation de l'enfant. Nous avons pu constater que malgré un choix d'items se voulant le plus clair visuellement, des enfants ont pu commettre des confusions visuelles lors de la dénomination. Nous avons veillé à adapter cette épreuve de dénomination aux enfants n'y accédant pas. Ainsi, la modalité d'appariement permettait de tester la discrimination et la compréhension des images et photos, étape inférieure au concept de l'aliment et a fortiori au lexique interne de sortie. Un deuxième jeu d'images représentant les mêmes aliments a donc été conçu dans ce but. Avant de proposer un appariement images/photos, nous avons évalué l'appariement aliments réels/photos et objets miniatures/photos.

Lors de l'évaluation des praxies bucco-faciales, nous avons été confrontées au problème, propre à l'autisme, du déficit d'imitation. Même avec le support visuel, certains n'accédaient pas à la compréhension de la consigne : faire la même chose que l'image. En revanche lorsque cette épreuve était possible, les résultats nous renseignaient efficacement sur les praxies déficitaires à la mastication.

La troisième épreuve que nous proposons dans notre évaluation, nous a permis d'observer minutieusement le comportement des enfants face à des aliments. Les questionnaires et entrevues préalables nous avaient aiguillées vers le choix des trois aliments, personnalisé à chaque enfant. La présentation se limitant à un nombre restreint d'aliments, l'observation ne se voulait pas exhaustive. De plus, les conditions spatio-temporelles, dans le bureau d'orthophonie, hors repas, rendaient la situation peu écologique ce qui pouvait biaiser les comportements de l'enfant.

De manière générale, notre évaluation nous a permis d'appréhender de nous-mêmes les observations et commentaires des intervenants et des parents auprès de l'enfant. Notre hypothèse a été partiellement validée. En effet, afin d'avoir une vision globale de l'enfant, il est nécessaire d'ajouter à notre évaluation les informations recueillies auprès de la famille et des intervenants.

2.7.3. Une prise en charge orthophonique de l'oralité alimentaire, de 15 à 30 min minimum par semaine, réduit les troubles d'alimentation chez les enfants autistes.

Nous ne pouvons ni valider ni infirmer cette hypothèse. Nos résultats sont essentiellement qualitatifs et spécifiques à chaque enfant, ce qui ne nous permet pas de généraliser l'efficacité de notre prise en charge. Nous pouvons tout de même avancer le fait que notre travail a augmenté l'acceptation des aliments présentés lors

de nos évaluations pour quatre cas cliniques de notre étude sur cinq. Cette évolution par rapport au refus alimentaire n'est pas extrapolable à tous les enfants autistes mais devrait encourager la prise en charge orthophonique des troubles d'alimentation dans l'autisme. De plus, notons que l'impact de notre intervention a pu être limité que ce soit par la durée des séances ou par la fréquence de celles-ci. Seule une rééducation intensive permet d'avoir des résultats significatifs. Il nous semble essentiel que le travail soit repris par différents intervenants et par les parents pour permettre une généralisation des acquis en séance.

2.8. Réintégration de notre travail dans le champ de l'orthophonie et apports professionnels

2.8.1. Généralisation conceptuelle et théorique de notre travail

Outre son impact sur l'alimentation, la rééducation de la dysoralité alimentaire suggère des résultats significatifs sur le langage. En effet, l'oralité verbale se construisant conjointement à l'oralité alimentaire comme le démontre Thibault (cf 1.2), des progrès au niveau de la prise alimentaire en engendrent sur l'articulation des phonèmes. On comprend ainsi encore mieux la place de l'orthophoniste dans cette prise en charge. De plus, comme le précise Senez (cf 2.2.2.3), les troubles d'articulation et les retards phonologiques peuvent être aussi dus à une hypersensibilité du réflexe nauséeux. Face à un enfant présentant un trouble d'articulation, l'orthophoniste devra également questionner les parents par rapport à l'alimentation de leur enfant.

La problématique de l'alimentation fait donc partie intégrante du travail orthophonique. La rééducation des dysphagies chez l'enfant et l'adulte constitue un acte de la nomenclature (AMO 11). Les orthophonistes sont amenés par exemple à prendre en charge des troubles de déglutition dans le cadre de pathologies neurologiques ou neuro-dégénératives. Certaines orthophonistes se sont aussi attachées à cette problématique plus particulièrement dans le cadre de l'infirmité motrice cérébrale ou du polyhandicap (Senez 2002, Crunelle 2008). Actuellement, la rééducation orthophonique de l'oralité alimentaire se développe au sein des services de néonatalogie pour des enfants prématurés ou ayant des problèmes gastro-intestinaux. Progressivement l'intérêt pour cette prise en charge dans le cadre du handicap qu'il soit de type sensoriel, moteur ou mental grandit.

Pour toute pathologie, la prise en charge doit être pluridisciplinaire avec l'établissement d'objectifs communs tout en gardant à l'esprit que chaque professionnel travaille selon sa spécialité. Dans le cadre de l'autisme, les éducateurs pourraient ainsi être plus à même de travailler les activités de la vie quotidienne en relation avec l'alimentation comme le repas, la cuisine ou l'achat des produits alimentaires. Etant donné leur intervention fréquente à domicile, ils peuvent également constituer un lien important avec la famille en faisant le relais auprès de l'équipe. Les psychomotriciens ont leur place dans la prise en charge des aspects sensoriels notamment au niveau du corps, par exemple en cas d'hypersensibilité corporelle. Les ergothérapeutes peuvent intervenir sur toutes les adaptations de l'environnement au moment du repas. Les psychologues pourront aider l'enfant à s'approprier le repas et à faire de l'alimentation un moment moins anxiogène.

Au sein de cette équipe, l'orthophoniste doit ainsi trouver sa place. Son travail s'articulera avec la prise en charge des autres professionnels. L'oralité, carrefour du langage et de l'alimentation, l'orthophoniste pourra cibler plus particulièrement la mobilisation de la sphère oro-faciale dans son aspect moteur et sensoriel et travailler tout ce qui concerne la communication autour de l'alimentation.

Rappelons également l'importance d'impliquer les parents au sein du projet de prise en charge de l'oralité alimentaire de leur enfant.

2.8.2. Apports professionnels pour notre future pratique

Ce travail de recherche clinique nous a beaucoup apporté sur le plan professionnel. Il nous a permis d'exercer certaines capacités relationnelles et techniques nécessaires à notre futur métier.

Nous avons appris à travailler en équipe que ce soit au sein de notre binôme dans la rédaction de ce mémoire et son élaboration, ou au sein de nos SESSAD. En effet, nous travaillions en collaboration avec l'orthophoniste des enfants ainsi qu'avec les autres professionnels du service. Nous nous sommes adaptées à chaque interlocuteur afin de présenter notre étude ou d'obtenir des informations supplémentaires.

Notre mémoire nous a permis d'expérimenter une véritable démarche clinique, allant de l'entretien d'anamnèse avec les parents aux résultats d'une intervention orthophonique. Les entrevues que nous avons pu avoir avec certains parents nous ont entraînées à effectuer l'anamnèse d'un bilan orthophonique. Nous avons ensuite évalué les troubles alimentaires de nos cas cliniques afin d'établir des objectifs de

prise en charge puis d'élaborer des séances de rééducation. Cette prise en charge des troubles d'oralité alimentaire étant peu pratiquée par les orthophonistes chez des enfants autistes, nous avons aussi dû faire preuve de créativité et d'imagination pour adapter les moyens à notre disposition. Nous avons enrichi nos séances par différentes techniques que nous avons trouvées dans la littérature, validées ou non scientifiquement. En tant qu'orthophoniste, nous avons la chance de pouvoir nous inspirer de divers courants pour enrichir notre pratique. En effet, les théories issues de l'approche psychanalytique de l'oralité nous ont sensibilisées à une plus grande prudence et délicatesse auprès des parents mais aussi des enfants. Les approches sensorielles et comportementales nous ont fourni quant à elles des techniques et idées pour la prise en charge de l'oralité alimentaire.

Notre travail d'intervention nous a confrontées aux troubles d'alimentation mais aussi à la problématique autistique de manière générale. En effet, notre prise en charge de l'oralité alimentaire a également été un moyen de travailler des compétences communicationnelles déficitaires dans l'autisme. Outre la rééducation des symptômes de troubles d'oralité alimentaire, nous avons proposé des activités exerçant des capacités de communication comme l'attention conjointe, l'expression de choix, de sensations mais aussi le vocabulaire et la catégorisation sémantique. Par le biais de nos exercices, nous voulions aussi induire une généralisation du concept et de l'acceptation des aliments.

Enfin, prendre en charge des enfants autistes constitue un défi car il s'agit d'appivoiser des enfants particuliers, que l'on peut considérer comme « extraordinaires ». Leur imprévisibilité nous amène tous les jours à remettre en question notre conception du handicap et de l'orthophonie.

Conclusion

La prise en charge orthophonique de l'oralité alimentaire dans le cadre de l'autisme commence à émerger. Notre travail d'expérimentation et les études actuelles sur le sujet sont à mettre en regard. La remédiation des troubles d'alimentation des enfants autistes nécessite d'ajuster les principes de prise en charge orthophonique de l'oralité aux particularités de ce handicap. Les rééducations sont donc adaptées aux compétences et troubles de chaque enfant. De plus, le concept d'oralité recouvre de nombreux aspects : sensoriels, praxiques, alimentaires et verbaux. Gardons à l'esprit qu'il est essentiel de tous les intégrer dans l'intervention orthophonique spécifique de l'oralité alimentaire. De même, le partenariat avec les parents et les professionnels gravitant autour de l'enfant est indispensable.

Nous espérons que ce mémoire constituera une incitation à de plus amples recherches et investigations en la matière. Face au peu d'études scientifiques françaises, une étude épidémiologique descriptive sur un large échantillon nous paraîtrait intéressante pour mesurer la prévalence des troubles d'alimentation chez les enfants autistes. Une étude longitudinale pourrait aussi s'attacher à mesurer l'efficacité d'une méthode spécifique de prise en charge des troubles d'alimentation, appliquée dans les mêmes conditions à plusieurs enfants autistes présentant des troubles similaires.

Bibliographie

- ADDISON L.R., PIAZZA C.C., PATEL M.R., BACHMEYER M.H., RIVAS K.M., MILNES S.M., ODDO J. (2012) A comparison of sensory integrative and behavioral therapies as treatment for pediatric feeding disorders, *Journal of Applied Behaviour Analysis*, 45(3) : 455-471
- AHEARN W.H., CASTINE T., NAULT K., GREEN G. (2001) An assessment of food acceptance in children with autism or pervasive developmental disorder-not otherwise specified, *Journal of autism and developmental disorders*, 31(5) : 505-511
- AJURIAGUERRA (1980) *Manuel de psychiatrie de l'enfant*. Paris, Masson : 199-208
- ALDRIDGE K.A., DOVEY T.M., MARTIN C.L., MEYER C. (2010) Identifying clinically relevant feeding problems and disorders. *Journal of child health care*, 14 : 26
- ATTWOOD T. (2008) Sensibilité aux goûts et aux odeurs in : Schovanec J., Hardiman-Taveau E., Malterre C. (Eds.) *Le syndrome d'Asperger : guide complet*, Bruxelles, De Boeck : 337-340
- BANDINI L.G., ANDERSON S.E., CURTIN C., CERMAK S., EVANS E.W., SCAMPINI R., MUST A. (2010) Food selectivity in children with autism spectrum disorders and typically developing children, *Journal of Pediatrics*, 157 : 259-264
- BARRIER I. (2010) Accompagner l'enfant qui ne mange pas et sa famille In: *Entretiens d'Orthophonie 2010*, Toulouse, Europa digital & publishing : 74-80
- BIETTE S., TUFFREAU R. (2011) Enquête en pays de la Loire, *Bulletin scientifique de l'arapi*, 27 : 39-46
- BIRCH L.L. (1999) Development of food preferences. *Annual Reviews Nutr.* : 41-62
- BLEECKX (2001) *Dysphagie: évaluation et rééducation des troubles de la déglutition*, Bruxelles, De Boeck & Larcier
- BRIN F., COURRIER C., LEDERLÉ E., MASY V. (2004) *Dictionnaire d'Orthophonie*, Isbergue, Ortho édition
- BULLINGER A. (2006) Approche sensorimotrice des troubles envahissants du développement, *Contraste*, (2) 25 : 125-139
- CARREAU M., PRUDHON E., TUFFREAU R. (2012) Les troubles sensoriels : impact sur les troubles alimentaires de la personne avec autisme, *La lettre d'Autisme France*, 50 : 15-19
- CHABROL H. (2007) *Les troubles des conduites alimentaires chez l'enfant et l'adolescent*. Marseille, Solal : 7-8
- CHATOOR I. (2009) Sensory food aversions in infants and toddlers, *Zero to Three* : 44-49
- COQUET F., FERRAND P., ROUSTIT J. (2009) *Evalo 2-6*, Isbergues, Ortho édition
- CRUNELLE C., CRUNELLE J.P. (2008) *Les troubles de l'alimentation et de déglutition : évaluation et rééducation*, Dvd-rom, Isbergues, Ortho édition

- DAILY S.A. (2010) Oral motor skills in children with food refusal behaviors, *The science and engineering*, 70 (8-B) : 4800
- DEFOSSE L. (2012) *L'oralité alimentaire et l'oralité verbale : quelles perturbations chez l'enfant porteur d'autisme ?*, Mémoire d'orthophonie, Université Henri Poincaré Nancy
- DUPRÉ E. (2011) *Impact du travail thérapeutique de stimulation sensorielle chez des enfants autistes présentant des troubles de l'oralité verbale et alimentaire*, Mémoire d'orthophonie, Université Henri Poincaré Nancy
- EDMOND A., EMMETT P., STEER C., GOLDING J. (2010) Feeding symptoms, dietary patterns and growth in young children with autism spectrum disorders, *Pediatrics*, 126(2) : 337-342
- ERICKSON C.A., STIGLER K.A., CORKINS M.R., POSEY D.J., FITZGERALD J.F., MC DOUGLE C.J. (2005) Gastrointestinal factors in autistic disorder : a critical review, *Journal of autism and developmental disorders*, 35(6) : 713-72
- FONDELLI T. (2010a) Les problèmes d'alimentation chez des personnes atteintes d'autisme, *Bulletin électronique du CCC*, 1 : 11-16
- FONDELLI T. (2010b) Les problèmes d'alimentation chez des personnes atteintes d'autisme, *Bulletin électronique du CCC*, 2 : 8-11
- FRANCO A., SZAFULSKI L. (2012) Le comportement alimentaire de la personne autiste, *Notes formation Regards sur la personne autiste et son alimentation*, Institut Pasteur, Lille
- FREUD S. (1905) *Trois essais sur la théorie sexuelle*. Paris, Gallimard, 1962
- GIROLAMI P.A., BOSCOE J.H., ROSCOE N. (2007) Decreasing expulsions by a child with a feeding disorder: using a brush to present and re-present food, *Journal of Applied Behaviour Analysis*, 40 (4) : 749-753
- GOLSE B., GUINOT M. (2004) La bouche et l'oralité, les troubles de l'oralité alimentaire chez l'enfant, *Rééducation orthophonique*, 220 : 24-30
- GOULAY M., SILVESTRI A. (2010) *Les troubles de l'oralité alimentaire présents chez les enfants déficients visuels multihandicapés et leur prise en charge orthophonique : proposition de pistes de rééducation avec support DVD : « l'atelier Cric Crac Croque »*, Mémoire d'orthophonie, Université Lille 2
- GULOTTA C.S., PIAZZA C.C., PATEL M.R., LAYER S.A. (2005) Using food redistribution to reduce packing in children with severe food refusal, *Journal of Applied Behaviour Analysis*, 38 : 39-50
- HANDAYANI M., SITI HERINI E., TAKADA S. (2012) Eating behavior of autistic children, *Nurse media : Journal of nursing*, 2(1) : 281-294
- HARRIS G., THOMAS A., BOOTH D.A. (1990) Development of salt taste in infancy, *Developmental Psychology*, 26 : 234-238

- JOHNSON C.R., HUNT M., SIEBERT M.J. (1994) Discrimination training in the treatment of pica and food scavenging, *Behavior modification*, 18 : 214-229
- JOUANNAUD B., BRÉGEON F., TARDIEU C., TARDIEU G. (1972) Evolution des praxies linguales d'imitation chez l'enfant normal, *Revue de Neuropsychiatrie Infantile*
- KLOECKNER A., JUTARD C., BULLINGER A., NICOULAUD L., TORDJMAN S., COHEN D. (2009) Intérêt de l'abord sensorimoteur dans les pathologies autistiques sévères I : introduction aux travaux d'André Bullinger, *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 57 : 154-159
- KODAK, T., & PIAZZA, C. C. (2008) Assessment and behavioral treatment of feeding and sleeping disorders in children with autism spectrum disorders, *Child and Adolescent Psychiatric Clinic of North America*, 17 : 887-905
- KOZLOWSKI A.M., MATSON J.L., FODSTAD J.C., MOREE B.N. (2011) Feeding therapy in a child with autistic disorder : sequential food présentation, *Clinical case studies*, 10(3) : 236-246
- KUHN D.E., MATSON J.L. (2004) Assessment of feeding and mealtime behavior problems in persons with mental retardation, *Behavior modification*, 28 : 638-648
- LAUD R.B., GIROLAMI P.A., BOSCOE J.H., GULOTTA C.S. (2009) Treatment outcomes for severe feeding problems in children with autism spectrum disorder, *Behavior modification*, 33(5) : 520-536
- LAXER G. (2001) Autisme : les troubles du nourrissement, *Glossa*, 77 : 42-49
- LEAF R., MC EACHIN J. (2006) *Autisme et A.B.A. : une pédagogie du progrès*, Paris, Pearson : 97-101
- LEBLANC V., RUFFIER-BOURDET M. (2009) Trouble de l'oralité : tous les sens à l'appel, *Spirale*, 51 (3), 47-54
- LECERF J.M. (2012) Régime sans gluten et sans caséine : mythe ou réalité ?, *Notes formation Regards sur la personne autiste et son alimentation*, Institut Pasteur, Lille
- LEVY S.E., SOUDERS M.C., ITTENBACH R.F., GIARELLI E., MULBERG A.E., PINTO-MARTIN J.A. (2007) Relationship of Dietary Intake to Gastrointestinal Symptoms in Children with Autistic Spectrum Disorders, *Biological Psychiatry*, 61 : 492-497
- LIEM D.G., MENNELLA J.A. (2002) Sweet and saur preferences during childhood: role of early experiences, *Developmental Psychobiology*, 41 : 388-395
- LOCKNER D.W., CROWE T.K., SKIPPER B.J. (2008) Dietary intake and parents perception of mealtime behaviors in preschool-age children with autism spectrum disorder and in typically developing children. *Journal of American Dietary Association*, 108(8) : 1360-1363

- LORIN C., DEMACHY P. (1990) *La psychologie de l'enfant et de l'adolescent, dictionnaire pratique des troubles, traitement et lieux de loisirs*, Toulouse, Privat : 133
- LOUIS-SYLVESTRE J. (2004) Développement des préférences alimentaires in: Chapelot D., Louis-Sylvestre J. (Eds), *Les comportements alimentaires*, Paris, Lavoisier : 317- 323
- LOVAAS O.I. (1981) *Teaching Developmentally Disabled Children: The Me Book*, Austin, TX: Pro-Ed
- LUKENS C.T., LINSCHIED T.R. (2008) Development and Validation of an Inventory to Assess Mealtime Behavior Problems in Children with Autism, *Journal of autism and developmental disorders*, 38 : 342-352
- MANIKAM R., PERMAN J.A. (2000) Pediatric feeding disorders, *Journal of Clinical Gastroenterology*, 30 : 34-46
- MARTINS Y., YOUNG R.L., ROBSON D.C. (2008) Feeding and eating behaviors in children with autism and typically developing children, *Journal of autism and developmental disorders*, 38 : 1878-1887
- MATSON J.L., FODSTAD J.C. (2009) Issues in indentifying the etiology of food refusal in young children, *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, 48(3) : 274-5
- MAZUREK M.O., VASA R.A., KALB L.G., KANNE S.M., ROSENBERG D., KEEFER A., MURRAY D.S., FREEDMAN B., LOWERY L.A. (2012) Anxiety, Sensory Over-Responsivity and Gastrointestinal Problems in Children with Autism Spectrum Disorders, *Journal of Abnormal Child Psychology* : 1-12
- M'CHAKLEB F. (2012) Regard sur les approches éducatives et thérapeutiques, *Notes formation Regards sur la personne autiste et son alimentation*, Institut Pasteur, Lille
- MC SHERRY J.A. (2005) Introduction In: Berg K.M., Hurley D.J., Strange N.E. (Eds.) *Les troubles du comportement alimentaire*, Bruxelles, De Boeck
- MENNELLA J.A., BEAUCHAMP G.K. (1996) The early development of human flavor preferences In: Capaldi E.D. (Eds) *Why we eat what we eat*, Washington DC, American Psychology Association : 83-112
- MOURIDSEN S.E., ISAGER T., RICH B. (2012) Diseases of the gastrointestinal tract in individuals diagnosed as children with atypical autism: A Danish register study based on hospital diagnoses, *Autism*
- MOZIN M.J. (2012) Malnutrition chez les enfants autistes, *Notes formation Regards sur la personne autiste et son alimentation*, Institut Pasteur, Lille
- MUELLER M.M., PIAZZA C.C., PATEL M.R., KELLEY M.E., PRUETT A. (2004) Increasing variety of foods consumed by blending nonpreferred foods into preferred foods, *Journal of Applied Behaviour Analysis*, 37 : 159-170

- NADON G., EHRMANN FELDMAN D., GISEL E. (2008) Revue des méthodes utilisées pour évaluer l'alimentation des enfants présentant un trouble envahissant du développement, *Archives de pédiatrie*, 15 : 1332-1348
- NADON G., FELDMAN D.E., DUNN W., GISEL E. (2011a) Association of sensory processing and eating problems in children with autism spectrum disorders, *Autism Research and treatment* : 1-8
- NADON G. (2011b) Manger Problèmes alimentaires et troubles du spectre de l'autisme, *le Bulletin scientifique de l'Arapi*, 27 : 6-14
- PATEL R.M., PIAZZA C.C., LAYER S.A., COLEMAN R., SWARTZWELDER D.M. (2005) A systematic evaluation of food textures to decrease packing and increase oral intake in children with pediatric feeding disorders, *Journal of Applied Behaviour Analysis*, 38 : 89-100
- PÉRUSSE L., BOUCHARD C. (1994) Genetics of energy intake and food preferences In: Bouchard C. (Eds.), *The genetics of obesity* : 125-134
- POIRIER N., KOZMINSKI C. (2011) L'alimentation in : *Accompagner un enfant autiste : guide pour les parents et les intervenants*, Québec, Les presses de l'université de Laval, Lyon, Chronique sociale : 1-29
- PRUDHON E., TUFFREAU R. (2012) Repas et autisme : une évaluation nécessaire pour des aménagements indispensables (situation aux aspects paradoxaux), *Rééducation orthophonique*, 249 : 91-104
- PUECH M., VERGEAU D. (2004) Dysoralité: du refus à l'envie, *Rééducation orthophonique*, 220 : 123-137
- REED D.R., BACHMANOV A.A., BEAUCHAMP G.K., TORDOFF M.G., PRICE R.A. (1997) Heritable variation in food preferences and their contribution to obesity, *Behavior Genetics*, 27 : 373-387
- REY-DEBOVE J., REY A. (2013) *Le petit Robert, dictionnaire alphabétique et analogique de la langue française*, Paris, Le Robert
- RIGAL N. (2004) La construction du goût chez l'enfant, *Paris, Fédération Nationale des Orthophonistes* : 9-13
- SAMUEL-LAJEUNESSE B., FOULON C. (1994) *Les conduites alimentaires*, Paris, Masson : 31-155
- SCHRECK, K. A., WILLIAMS, K. (2006) Food preferences and factors influencing food selectivity for children with autism spectrum disorders, *Research in Developmental Disabilities*, 27 : 353-363
- SCHMITT L., HEISS C.J., CAMPBELL E.E. (2008) A comparison of nutrient intake and eating behaviors of boys with and without autism, *Topics in Clinical Nutrition*, 23 : 23-31
- SENEZ C. (2002) *Rééducation des troubles de l'alimentation et de la déglutition dans les pathologies d'origine congénitale et les encéphalopathies acquises*, Marseille, Solal

- SENEZ C. (2004) Hyper nauséux et troubles de l'oralité chez l'enfant, *Rééducation orthophonique*, 220 : 91-101
- SENEZ C. (2008) Le toucher thérapeutique en orthophonie : les massages de désensibilisation dans les troubles de l'alimentation et de l'oralité de l'enfant et de la personne polyhandicapée, *Rééducation orthophonique*, 236 : 33-42
- SENEZ C. (2009) Utilité des odeurs, arômes et saveurs dans le réapprentissage des mécanismes ingestifs, *Notes colloque Handicap et sensorialité : olfaction, mémoire et apprentissages*, Paris
- SENEZ C. (2012) Le syndrome de dysoralité, *Notes formation Regards sur la personne autiste et son alimentation*, Institut Pasteur, Lille
- SKINNER J.D., CARRUTH B.R., BOUNDS W., ZIEGLER P.J. (2002) Children's food preferences : A longitudinal analysis, *Journal of the American Dietetic Association* 102 : 1638-1647
- SHARON A., CERMAK E., CURTIN C., BANDINI G.L. (2010) Food selectivity and sensory sensitivity in children with autism spectrum disorder, *Journal of American dietary association*, 10(2) : 238-246
- TESSIER M.J. (2010) *Marqueurs précoces des problèmes sensoriels chez le jeune enfant présentant des problèmes d'alimentation*, Mémoire de grade de maître ès sciences en sciences biomédicales option réadaptation, Université de Montréal
- THIBAUT C. (2003) L'éducation gnoso-praxique orale, son importance dans la prise en charge des enfants porteurs d'une fente palatine postérieure, *Rééducation Orthophonique*, 216 : 124-136.
- THIBAUT C. (2007) *Orthophonie et Oralité : la sphère oro-faciale de l'enfant*, Paris, Masson.
- THIBAUT C. (2008) Oralité verbale et alimentaire, la langue : un organe-clé, *Orthomagazine*, 79 : 16- 21
- THIBAUT C. (2012a) Les enjeux de l'oralité In: *Entretiens d'Orthophonie 2012*, Toulouse, Europa digital & publishing : 115-136
- THIBAUT C. (2012b) Les enjeux de l'oralité, *Formation « oralité contrariée »*, Institut supérieur de rééducation psychomotrice, Boulogne
- TOMCHEK S.D., DUNN W. (2007) Sensory processing in children with and without autism : a comparative study using the Short Sensory Profile, *American journal of occupational therapy*, 61 : 190-200
- TOOMEY K. (2002) Feeding strategies for older infants and toddlers, *Pediatric basics*, 100 : 3-11
- VALENT G. (2000) Enquête sur le comportement alimentaire d'un groupe d'enfants autistes de 6 à 8 ans : Comparaison qualitative et quantitative avec un groupe d'enfants témoin du même âge, *Le bulletin scientifique de l'arapi*, 5 : 33-36

- VANNIER S. (2008) Evaluation de la sphère oro-faciale, quand l'enfant ne mâche pas ses mots, *Orthomagazine*, 79 : 22-24
- VERMEULEN P., DEGRIEK S. (2010) Les troubles alimentaires in : *Mon enfant est autiste. Un guide pour parents, enseignants et soignants*, Louvain, De Boeck : 193-196
- VOLKERT V.M., VAZ P.C.M. (2010) Recent studies on feeding problems in children with autism, *Journal of Applied Behaviour Analysis*, 43(1) : 155-159
- WANG L.W., TANCREDI D.J., THOMAS D.W. (2011) The prevalence of gastrointestinal problems in children across the USA with autism spectrum disorders from families with multiple affected members, *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 32(5) : 351-360
- WILLIAMS C., WRIGHT B. (2010) L'alimentation in : *Vivre avec le trouble du spectre autistique. Stratégies pour les parents et les professionnels*, Montréal, Chenelières éducation : 189-198
- XIA W., ZHOU Y., SUN C., WANG J., WU L. (2010) A preliminary study on nutritional status and intake in Chinese children with autism, *European journal of pediatrics*, 169 : 1201-1206

Pages internet consultées :

- Etat des connaissances sur l'autisme et autres TED de l'HAS :
http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_935617/autisme-et-autres-troubles-envahissants-du-developpement (décembre 2012)
- Forums avec témoignages de parents relatant les troubles d'alimentation de leurs enfants autistes:
<http://www.yabiladi.com/forum/enfant-autiste-79-5112116.html> (18/01/2013)
http://forum.doctissimo.fr/sante/Autisme/alimentation-enfants-autistes-sujet_2723_1.htm (18/01/2013)
- Recommandations de bonne pratique de la prise en charge du bavage chez l'enfant en situation de handicap:
<http://r4p.fr/component/phocadownload/category/40-fiches-pp> (janvier 2013)

Liste des annexes

Liste des annexes :

Annexe n°1 : Traduction des critères diagnostiques du « Sensory food aversion » d'après la « Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood : Revised Edition » (DC : 0-3R, 2005) Classification des refus alimentaires (Senez 2002)

Annexe n°2 : Les stades d'hypersensitivité de Leblanc et al. (2009)

Annexe n°3 : Classification des refus alimentaires (Senez 2002)

Annexe n°4 : Classification du réflexe nauséux (Senez 2002)

Annexe n°5 : Ordonnance Miam Miam (Leblanc et al. 2009)

Annexe n°6 : Programme d'introduction d'un nouvel aliment de Lovaas (1981)

Annexe n°7 : Lettre à la directrice du SESSAD Y

Annexe n°8 : Entretien avec Mme Maniez

Annexe n°9 : Questionnaire destiné aux parents d'enfants et adolescents autistes (diffusé sur internet)

Annexe n°10 : Questionnaire à destination des professionnels intervenant auprès d'enfants et adolescents autistes

Annexe n°11 : Questionnaire aux parents des cas cliniques de notre mémoire

Annexe n°12 : Epreuve de connaissance des aliments

Annexe n°13 : Evaluation des praxies bucco-faciales

Annexe n°14 : Grille d'observation lors de la présentation des aliments en évaluation

Annexe n°15 : Comptines de l'atelier Cric crac Croque

Annexe n°16 : Visuel des praxies de Mathias

Annexe n°17 : Caractéristiques des aliments

Annexe n°18 : Fiche de la pomme

Annexe n°19 : Recette du jus d'orange

Annexe n°20 : Fiche pratique des pistes de prise en charge des troubles de l'oralité alimentaire chez les enfants autistes